92

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1961

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENDOMÉTRIOSE COLIQUE

(à propos de deux cas)

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1961
par

SARI-ALI Kamal-Habib HADJ-EDDINE
Né le 5 Janvier 1933 à Tlemcen (Algérie)
Ancien Externe des Hôpitaux d'Alger et de Toulouse
Interne des Hôpitaux de Nice

JURY DE THESE

Professeur GRIMOUD, *Président*
Professeur GUILHEM
Professeur DARNAUD
Professeur ENJALBERT
Professeur GREZES-RUEFF,
Assesseurs

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0030

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENDOMÉTRIOSE COLIQUE

(à propos de deux cas)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. **Lazorthes.**
ASSESSEUR ..... **Delas.**
DOYEN HONORAIRE ..... **Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.**

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. **Ribaut, Vallois, Clermont, Nanta, Ducuing, Tapie**

PROFESSEURS

Clinique médicale ..... MM. **Meriel,**
Clinique médicale ..... **Gadrat.**
Clinique chirurgicale et gynécologie ..... **Fabre P.**
Clinique chirurgicale et du cancer ..... **Grimoud.**
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie..... **Virenque.**
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..... **Bazex.**
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne ..... **Morel.**
Clinique des maladies des voies urinaires..... **Lhez.**
Clinique médicale infantile et puériculture..... **Sorel.**
Clinique neurologique et psychiatrique ..... **Riser.**
Clinique obstétricale..... **Ghilhem.**
Clinique odonto - stomatologique ..... **Cadenat E.**
Clinique ophtalmologique..... **Calmettes**
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale ..... **Calvet.**
Clinique traumatologique des membres ..... **Rieunau.**
Accouchement et obstétricie sociale ..... **Pontonnier.**
Anatomie ..... **Lazorthes.**
Anatomie appliquée..... **Poulhes.**
Anatomie pathologique..... **Fabre J.**
Bactériologie, hygiène et médecine sociale ..... **Andrieu.**
Chimie biologique ..... **Valdiguie.**
Electro-radiologie ..... **Marques.**
Embryologie générale ..... **Broussy.**
Histologie ..... **Bimes.**
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..... **Darnaud.**
Médecine légale et médecine du travail ..... **Planques.**
Médecine sociale..... **Bounhoure.**
Parasitologie ..... **Bouisset.**
Pathologie chirurgicale ..... **Dambrin.**
Pathologie générale et médecine expérimentale..... **Sendrail.**
Physico-chimie ..... **Auvergnat.**
Physiologie ..... **Soula.**
Physiologie appliquée et pharmacologie ..... **Baisset.**
Physique biologique et médicale ..... **Bugnard.**
Propédeutique médicale ..... **Géraud.**
Thérapeutique ..... **Dardenne.**

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée ..... MM. **Coulouma.**
Pathologie médicale ..... **Laporte.**
Bactériologie ..... Mme **Enjalbert.**

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie ..... MM. **Laporte Y.**
Biochimie médicale ..... **Douste-Blazy.**
Physique médicale ..... **Bru.**

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique ..... **MM. Bouissou.**
Histologie et embryologie.... **Planel.**
Parasitologie ..... **Ruffié J.**
Physiologie ..... **Montastruc.**

AGREGES

Pathologie médicale ..... MM. **Monnier.**
» » ..... **Ribaut.**
» » ..... **Delaude.**
» » ..... **Calazel.**
Pathologie chirurgicale ..... **Enjalbert.**
» » ..... **Ficat.**
» » ..... **Pasquie.**
» » ..... **Souquet.**
Médecine légale ..... **Crezes-Rueff.**
Odontostomatologie ..... **Cadenat H.**
Pédiatrie ..... **Barbier.**
Rhumatologie ..... **Ruffié R.**

AGREGES LIBRES

Anatomie ..... MM. **Thomas.**
Ophtalmologie ..... **Déodatti.**
O.R.L. ..... **Claux.**
Pathologie chirurgicale ..... **Dieulafe.**

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal ..... MM. **Roche.**
Secrétaire ..... Mme **Laffont.**

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année 1961

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENDOMÉTRIOSE COLIQUE

(à propos de deux cas)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 1961

par

SARI-ALI Kamal-Habib HADJ-EDDINE

Né le 5 Janvier 1933 à Tlemcen (Algérie)

Ancien Externe des Hôpitaux d'Alger et de Toulouse

Interne des Hôpitaux de Nice

JURY DE THESE

Professeur GRIMOUD, *Président*

Professeur GUILHEM

Professeur DARNAUD

Professeur ENJALBERT

Professeur GREZES-RUEFF,

Assesseurs

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Pour ce que je suis
et ce que je deviendrai.

A MA MERE

Vos sacrifices ont été à l'image d'un amour véritable. Nous vous dédions ce bien modeste travail. Ce faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre tendresse vous revient de droit.

A MES FRERES
SARI, ABDELKRIM, BENALI, SI AHMED

Ils ont su assurer la relève de notre regretté père. A leur tour, ils ne reculèrent devant aucun sacrifice. Leur soutien inconditionnel nous fut autant utile qu'indispensable. Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre fraternelle et infinie reconnaissance que rien ne saurait exprimer.

A MES BELLES-SŒURS

A MES NIECES ET NEVEUX

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Chirurgien des Hôpitaux

En lui demandant de nous faire l'honneur de présider notre Jury de Thèse, nous avons tenu à lui manifester notre reconnaissance et notre respectueuse gratitude pour l'enseignement dont nous avons bénéficié auprès de lui, tant en Faculté qu'au Centre Hospitalier lors de nos stages d'externe.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale

Qu'il soit vivement remercié du très grand honneur qu'il nous fait d'être notre juge. Nous le prions de trouver ici notre témoignage de reconnaissance et de profond respect.

Monsieur le Professeur DARNAUD

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie Thérapeutiques
Chevalier de la Légion d'Honneur

pour la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner. Nous l'assurons de nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur ENJALBERT

Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale

avec nos remerciements respectueux.

Monsieur le Professeur GREZES-RUEFF

Professeur Agrégé de Médecine Légale

Qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre haute gratitude.

A MADAME LE DOCTEUR GREZES-RUEFF
Assistante en Chirurgie des Hôpitaux de Toulouse

qui nous a guidé aimablement dans notre travail et collaboré activement à l'élaboration de cette thèse ; qu'elle en soit vivement remerciée.

A NOS MAITRES DE FACULTÉS ET DES HOPITAUX D'ALGER ET DE TOULOUSE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

Monsieur le Docteur BARRAYA
Chirurgien des Hôpitaux
Monsieur le Docteur GRINDA
Chirurgien des Hôpitaux

en reconnaissance pour le riche enseignement qu'ils nous prodiguent.

Monsieur le Docteur GASIGLIA

Chirurgien des Hôpitaux

pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans son service.

Monsieur le Docteur DARDILL

Chirurgien des Hôpitaux

pour son indulgence face à nos premiers pas chirurgicaux et pour l'aide précieuse de son expérience et de son savoir. Nous saisissons l'occasion pour lui témoigner notre reconnaissance et notre profond respect.

Monsieur le Docteur CIAUDO

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

pour son extrême gentillesse et la confiance qu'il nous a manifestée ; qu'il en soit remercié.

A NOS MAITRES D'INTERNAT

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

A propos de deux cas « d'endométriose colique » observés dans le service de notre maître le Professeur Grimoud, et pour lesquels un faux diagnostic de carcinome en virole du sigmoïde avait été porté, il nous a semblé du plus haut intérêt de reprendre la question et d'en faire notre sujet de thèse. Nous nous sommes proposé d'insister sur le côté pratique de ce sujet, c'est-à-dire sur l'aspect clinique d'une part, mais surtout et avant tout sur les problèmes diagnostique et thérapeutique.

En effet, du fait même de la rareté de cette localisation, le diagnostic d'endométriose colique n'est :

— Qu'exceptionnellement évoqué ;

— Rarement retenu ;

— Pratiquement jamais confirmé, avant l'examen histologique.

Ainsi s'expliquent les larges mutilations imposées à des femmes jeunes pour une lésion aussi bénigne que l'endométriose.

L'on conçoit ainsi tout l'intérêt qui s'attache au difficile mais combien passionnant problème du diagnostic préopératoire ou tout au moins peropératoire de cette affection.

Après un bref rappel des notions générales, tant historiques et anatomopathologiques et donc maintenant admises, que pathogéniques et encore discutées, nous rapporterons nos deux observations en détail.

L'étude et la discussion de ces deux cas nous permettront d'établir en quelque sorte la « marche à suivre » chez une malade suspecte d'endométriose colique pour aboutir au diagnostic et au traitement convenable.

L'endométriose colique

DÉFINITION

L'endométriose colique désigne une formation *spécifiquement féminine,* caractérisée par la présence hétérotopique, dans le côlon, des éléments constitutifs de la muqueuse utérine dont elle partage la dépendance à l'égard des hormones ovariennes.

Les différents éléments de cette définition appellent quelques considérations liminaires.

— *Pourquoi « Endométriose » ?*

Proposé en 1925 par Josselin de Jong en Allemagne et Sampson en Amérique, ce terme constitue une appellation peu compromettante, actuellement admise par la plupart des auteurs modernes.

Désignant un état, ce terme ne prétend nullement résoudre un problème nosologique, comme adénométrite, adénomyométrite, qui sous-entendent inflammation ou adénomyome (Von Recklinghausen), endométriome, solénome (Jayle) qui font penser à un processus tumoral. Enfin, il n'implique pas une théorie pathogénique comme les dénominations :

— Choristoblastome séro-épithélial (Lauche) ;

— Mullerianoma (Baïley) ;

—Hystéro adénosis métastatica (Halban).

L'endométriose (ainsi donc l'appellerons-nous désormais) est constituée par l'association de glandes et de kystes épithéliaux avec un stroma dit « Cytogène », élé-

ments proprement endométriaux, auxquels peuvent s'associer des *fibres musculaires lisses*. Ainsi se trouve réalisé un « utérus miniature ».

Cet utérus miniature constitue, comme la matrice, un récepteur d'hormones sexuelles femelles. Comme lui, il subira des modifications gravidiques et menstruelles surtout, ce qui rend compte de ses caractères cliniques.

Affection « dépendante », l'endomériose est donc liée à la fonction ovarienne dans son existence et son devenir :

— Inexistance chez l'enfant ;

— Epanouissement chez la femme en période d'activité génitale ;

— Atrophie après la ménopause.

Ces notions essentielles nous serviront ultérieurement de bases pour nos indications thérapeutiques.

HISTORIQUE

En 1860, Rokitansky semble avoir le premier décrit l'endométriose utérine.

En 1896, Cullen décrivit la localisation du ligament rond, démontrant ainsi son caractère essentiel : la diffusion.

En 1909, Meyer rapporte la pénétration de la cloison rectovaginale par des kystes endométriaux et défend la métaplasie péritonéale.

Ce n'est qu'en 1913 seulement que Josselin de Jong fait un travail sur les localisations intestinales de l'affection.

1921-1930 : Sampson publie de nouveaux cas et émet la théorie de l'implantation.

1924 : Halban expose la théorie de la métastase.

1927 : Jayle consacre une étude à 24 cas d'endométriose sigmoïdienne retrouvés dans la littérature.

1945 : Brocq, Varangot et Delannoy, rapporteurs au 48^{me} Congrès français de Chirurgie, « font la mise au point de nos connaissances » sur l'endométriose en général et rassemblent 15 cas nouveaux depuis la publication de Jayle, à propos de la localisation intestinale colique.

Mais depuis ce congrès, il semble qu'une meilleure connaissance de l'affection se soit soldée par de nombreuses publications et thèses. En effet, dans une bibliographie fort longue et obligatoirement incomplète, nous

avons relevé les communications de :

Benz (1952), Berlin et Finestone (1949), Blum et Hurter (1949), Bodewig (1958), Brocq et Moreau (1949), Carcassonne-Mathieu (1953), Cotte-Delannoy et collaborateurs (deux cas), Funck-Brentano, etc., sans oublier Counseller, Mayo, etc.

Comme thèses consacrées à cette étude, on trouve celles de :

— Valentini, de Bordeaux (1939) ;
— Baillo, de Toulouse (1949) ;
— Babel, de Genève (1950) ;
— Bourdy, de Paris (1953) ;
— Gourgue, d'Alger (1955) ;
— Trémeau, de Paris (1959).

Cette énumération incomplète montre l'intérêt qu'a suscité l'endométriose depuis le 48e Congrès de chirurgie.

Cette affection dépasse le cadre de la gynécologie et intéresse désormais gastroentérologues et chirurgiens comme les praticiens.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. - Macroscopie

1) *L'endométriose réalise deux aspects,* quel que soit d'ailleurs son siège :

— Soit l'aspect pseudo-tumoral ;
— Soit une infiltration.

Le foyer pseudo-tumoral, habituellement *sous-séreux,* demeure donc sans retentissement sur le calibre intestinal. Le péritoine alentour, soulevé par de nombreux petits kystes blanchâtres ou hémorragiques, se plisse autour d'eux et adhère aux organes voisins. D'où l'absence de tout plan de clivage.

L'aspect réalisé rappelle par la dispersion et l'extension des lésions une tuberculose intestinale ou une carcinose miliaire.

D'autres fois, c'est une infiltration fibreuse, annulaire, blanchâtre, *sténosante,* irrégulière, diffuse, aux limites imprécises, globale enfin, frappant la paroi intestinale dans son ensemble, à l'exception de la muqueuse habituellement indemne.

Rarement, l'endométriose réalise une effraction de cette tunique pour faire saillie et saigner dans la lumière intestinale.

2) *La coupe* révèle un caractère essentiel qui contribue à individualiser l'endométriose : c'est la *présence de sang* au sein même de la tumeur.

Ce sang, résultat de l'activité physiologique de la muqueuse utérine aberrante, s'accumule dans le stroma et dilate les glandes qui se transforment en kystes hématiques au contenu noirâtre, visqueux, épais, identique au goudron ou chocolat.

Ainsi donc apparaissent les trois caractères essentiels de l'endométriose :

— La diffusion ;
— La multiplicité des foyers ;
— La présence de sang sous forme de kystes.

II. - Histologie

Il existe trois éléments constitutifs.

a) *Les tubes glandulaires,* qui peuvent être de deux types :

Tantôt constitués par un épithélium revêtant tous les aspects de l'épithélium de l'endomètre. Ils sont tapissés par des cellules cylindriques hautes souvent ciliées, à noyau allongé, à cytoplasme clair.

C'est donc l'endomètre à la phase folliculinique. Des transformations luthéïniques typiques peuvent s'y observer : glycogène, épines conjonctives, artérioles spiralées.

Tantôt tapissés d'un épithélium cubique, bas, irrégulier, à noyaux aplatis.

Dilatés, kystiques parfois, ils voient leur revêtement épithélial s'aplatir.

Pour Jayle, le caractère dominant serait le désordre des tubes dans leur emplacement, masse et constitution.

b) *Le chorion cytogène* sur lequel les tubes reposent.

Plus ou moins abondant, il contient souvent des extravasations sanguines et des pigments ferriques, traces de raptus hémorragiques anciens.

Formé de petites cellules trapues, à noyau ovoïde riche en chromatine, reliées entre elles par des prolongements protoplasmiques, ce chorion peut être abondant en certains points, manquer en d'autres.

Tout comme les tubes glandulaires :

— Il subit la transformation luthéïnique et devient ainsi œdémateux.

— Comme eux, sa répartition irrégulière le singulariserait.

c) *Les fibres musculaires lisses,* inconstantes, sont néoformées.

d) *Une prolifération fibreuse* enfin engaine le tout. Abondante, elle est responsable du volume de la tumeur, en majeure partie. Irréversible, elle ne régresse pas si la sécrétion ovarienne venait à tarir.

Fait essentiel, il n'existe pas de capsule et partant de plan de clivage avec les tissus sains.

Au total, le tube glandulaire serait avec le stroma cytogène l'élément fondamental, les fibres musculaires lisses et la fibrose étant accessoires.

Lequel des deux, le tube glandulaire ou le chorion cytogène constitue l'élément vraiment caractéristique de l'endométriose ?

Pour la majorité des auteurs, c'est le tube glandulaire. D'autres, au contraire, font jouer au chorion cytogène un rôle capital.

Goodall, avec sa conception des « endométriomes interstitiels » dépourvus de glandes, rejoint la notion des « endométrioses incomplètes » de Courrier. Enfin, Homma a soulevé l'hypothèse de la différenciation des glandes utérines au sein du stroma cytogène qui serait le tissu inducteur de la formation épithéliale.

En conclusion, disons que c'est cette symbiose épithélio-conjonctive qui représente la caractéristique structurale fondamentale de l'endométriose.

III. - Dans quelle tunique sigmoïdienne se localise l'endométriose ?

Pour Meyer : prédominance dans le sous-séreuse et la sous-muqueuse.

Mais Oberling et Josselin de Jong ont découvert d'importantes infiltrations musculaires.

Enfin signalons que Tobler, Brell ont identifié des formations endométrioïdes dans les ganglions lymphatiques sous-séreux.

IV. - L'évolution et l'extension de l'endométriose colique

1) *Elle peut rester sans changement,* subissant seulement les différentes modifications que subit l'endomètre normal sous l'influence de l'état hormonal de la femme.

En période d'activité génitale, elle passera par les phases de prolifération et sécrétion avec hémorragies intra-kystiques et interstitielles. Cependant, notons que des troubles de réceptivité ont été signalés, expliquant la latence absolue, totale de l'affection.

Lors de la ménopause ou à la suite d'une castration, elle s'atrophiera, démontrant par là même sa « dépendance ».

2) *Elle peut se propager :*

a) *En profondeur :* aboutissant à *l'occlusion.*

Cette propagation peut se faire de deux façons :

— soit sans destruction des tissus envahis conduisant à la réduction du calibre ;

— soit avec lyse tissulaire et stroma-réaction consécutive.

Cette réaction peut revêtir :

— le type inflammatoire périnodulaire ;

— ou le type hyperplasique et irritatif, surtout.

Ce dernier mode réactionnel aboutit à une augmentation considérable du volume de la tumeur.

b) *En surface :*

De proche en proche, surtout dans le tissu sous-péritonéal. L'aboutissant c'est la diffusion des lésions.

Ces deux modes d'extension, en profondeur et en surface, qui marchent de pair habituellement, expliquent par la prédominance de l'un d'eux les différences de vitalité des différentes endométrioses.

3) *Elle peut métastasier à distance :*

« Il peut se faire une extension rapide et généralisatrice à tout le petit bassin et l'endométriose revêt alors un caractère de malignité réelle ». (Moricard).

4) *La tuberculisation comme la dégénérescence maligne* ne se voient jamais dans la localisation colique.

5) *Enfin et surtout la guérison spontanée* de l'endométriose est possible (Mocquot et Masset) et paraît résulter de la nécrose de ses éléments constitutifs après la destruction menstruelle.

En conclusion :

L'endométriose colique peut, abstraction faite des rarissimes guérison spontanée, dégénérescence maligne et tuberculisation :

— soit demeurer latente et être une découverte d'exploration méthodique peropératoire ;

— soit se propager à toutes les tuniques sigmoïdiennes et réaliser alors le tableau de subocclusion, voire occlusion même.

PATHOGÉNIE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Une fois l'existence de l'endométriose acquise, on essaya d'élucider son mystère avant même de découvrir la pluralité de ses localisations.

Et pourtant, jusqu'à l'heure actuelle, tout n'est encore qu'hypothèses.

I. - *Théories dysembryoplasiques*

Les résidus wolffiens et mülleriens furent successivement incriminés en 1896 et 1897 par Von Recklinghausen et Kossmann.

1° *La théorie wolffienne de Von Recklinghausen.*

Elle repose essentiellement sur des arguments morphologiques :

a) L'existence dans les foyers hétérotopiques d'éléments analogues à l'époophore, résidu wolffien authentique ;

b) La fréquence de la localisation de l'endométriose aux cornes utérines voisines du point de croisement des canaux de Müller et de Gärtner.

Cependant, elle ne résista pas à deux critiques majeures :

a) Il est des endométrioses extra-génitales, donc là où le canal de Wolff n'a rien à faire ;

b) L'endométriose est dépendante à l'égard des hormones ovariennes, propriété exclusive d'une portion limitée d'ailleurs de l'épithélium dérivé du canal de Müller.

Ainsi donc, elle fut rapidement abandonnée.

2° *La théorie müllerienne de Kossmann* (1897) ne tarda pas à lui succéder.

Elle fut défendue de façon éclectique d'ailleurs par Letulle pour qui l'endométriose pouvait être aussi bien une malformation congénitale müllerienne ou wolffienne qu'une « métaplasie réversible du canal de Müller ».

Cependant, elle est encore, à son tour, incapable d'expliquer les multiples localisations extra-génitales de l'affection.

Aussi fut-elle abandonnée elle aussi.

En conclusion aucune des théories dysembryoplasiques, müllerienne ou wolffienne, ne peut être retenue, puisque l'une comme l'autre n'arrive à expliquer les multiples localisations des foyers endométriaux hétérotopiques.

II. - *La théorie métaplasique*

est basée sur l'hypothèse que certains tissus garderaient ou retrouveraient toutes les potentialités évolutives du tissu originel dont ils dérivent.

1° *La théorie de la métaplasie de l'endothélium péritonéal d'Ivanow* (1898) fut défendue par Meyer en particulier. Il décrivit dans la séreuse péritonéale des cellules indifférenciées, donc aux potentialités évolutives marquées. Il désigna sous le nom de « *prosoplasie* », le processus caractérisé par des invaginations péritonéales qui prendraient une structure glandulaire et induiraient l'apparition de chorion cytogène. D'ailleurs, à point de départ superficiel, elles pourraient pénétrer dans la profondeur et perdre toutes connexions avec la surface.

Et quelle est donc l'origine de cette « prosoplasie » ?

On incrimina :

— soit l'irritation chronique ;

— soit l'inflammation (Meyer) ;

— soit un déséquilibre hormonal, ovarien.

Invoqué en 1923 par Lauche, ce déséquilibre a été identifié par Withersoon à un hyperfolliculinisme.

Oberling a concilié le tout et invoque deux facteurs pathogéniques :

— l'un local : traumatisme ou irritation chronique ;

— l'autre génital : la sécrétion interne de l'ovaire.

En somme, sous l'influence de facteurs local et génital, l'endothélium péritonéal pénétrerait le futur point de localisation de l'endométriose. Les cellules indifférenciées décrites par Meyer induiraient l'apparition de

chorion cytogène, tout en prenant elles-mêmes une structure glandulaire. Ainsi donc se trouvent rassemblés les différents éléments constitutifs du foyer endométrial hétérotopique.

Mais de nombreuses objections furent émises par Halban, puis Brocq, Delannoy et Varangot. Pourquoi le péritoine plutôt que la plèvre ou le péricarde qui dérivent pourtant du même cœlôme ? Pourquoi cette orientation permanente dans la différenciation qui aboutit constamment à l'édification de l'endomètre ?

Donc, autant d'arguments qui sapent les bases de la théorie. D'ailleurs, actuellement, Meyer lui-même ne la considère pas comme « une explication valable dans tous les cas » ! Ainsi naquit :

2° *La théorie de la métaplasie endothéliale lymphatique,* émise par Emmanuel (1903) et reprise par Sitzenfrey (1906).

Après Ivanow, de nombreux auteurs ont localisé dans différentes parties de l'organisme des cellules indifférenciées aux potentialités évolutives marquées, tels Briebl, de Snoo qui parle de « génitoblastes ».

En conclusion, aucun fait précis. On part de postulats, et donc « on peut y croire, on ne peut les démontrer ».

III. - *Les théories faisant dériver l'endométriose de l'endomètre adulte*

1° *La théorie diverticulaire de Cullen.*

L'endométriose, utérine du moins, proviendrait de l'endomètre lui-même par propagation directe de proche en proche.

Conséquence d'un déséquilibre entre muqueuse et musculeuse, elle relèverait d'une hyperplasie de la basale de l'endomètre (Meyer). Cette hyperplasie serait secondaire à une hyperfolliculinémie transitoire ou permanente.

Cette théorie pourrait expliquer une seule localisation, certes fréquente mais non unique, de l'endométriose.

2° *La théorie de la greffe de l'endomètre de Sampson* (1924).

Pour Sampson, il existerait, dans certaines conditions, un reflux de sang par la trompe et le pavillon tubaire. Il en résulterait un essaimage de la muqueuse utérine

qui pourrait se greffer sur les organes abdominaux, après une étape intermédiaire au cours de laquelle l'ovaire se comporterait comme un « incubateur de greffes endométriales ».

Cette conception implique deux conditions :

1) *Le reflux du sang menstruel dans le bassin,* reflux dont l'existence est une réalité actuellement indiscutable.

La présence dans la lumière tubaire de fragments libres d'endomètre a été en effet constatée par Jageroos, Sampson et, plus près de nous, par Brocq et Varangot.

2) *La greffe de l'endomètre.*

Expérimentalement, elle a été réalisée non seulement chez l'animal (Jacobson, Kratz, etc.) mais aussi par Schmid chez dix-neuf femmes hystérectomisées et dont la fonction ovarienne avait été conservée. Mieux encore, les fragments implantés dans le vagin ont saigné périodiquement.

Seulement, des doutes ont été émis sur la vitalité des fragments d'endomètre transportés par le sang menstruel.

Par ailleurs, Philipp et Hüber ont montré la relative fréquence avec laquelle s'associe, à d'autres localisations, l'endométriose tubaire interstitielle. Cette localisation tubaire interstitielle pourrait être à l'origine d'une expulsion continue de muqueuse et, par là même, de greffe.

Un fait semble plaider en faveur de cette théorie, c'est l'association des *kystes ovariens gauches* à l'endométriose colique, association qui a été retrouvée vingt-cinq fois sur vingt-sept cas où ces kystes sont signalés (Tremeau).

Malheureusement, cette théorie de la greffe endométriale de Sampson, Philipp et Hüber ne peut expliquer la genèse des foyers extra-péritonéaux.

3° *La théorie de la métastase vasculaire de Sampson - Halban.*

Pour expliquer les localisations lointaines de l'endométriose on a pensé à la possibilité d'une propagation par métastase, soit veineuse (Sampson), soit lymphatique (Halban).

Cette théorie soulève essentiellement des problèmes d'ordre dogmatique. Pendant que certains auteurs continuent d'admettre que la pénétration par effraction dans le système vasculaire avec greffe à distance est l'apanage exclusif des tumeurs malignes, d'autres tels Roussy, Leroux et Oberling écrivent que « la migration cellulaire par voie vasculaire est aussi un phénomène général »

puisque les cellules normales (hépatiques, placentaires) peuvent pénétrer dans la circulation générale.

De toutes les façons, la réalité de la greffe intra-vasculaire est certaine puisque Sampson a trouvé des fragments d'endomètre dans la lumière des vaisseaux du myomètre d'utérus extirpés au cours de la menstruation.

Ce fait fut confirmé par Phillip et Hüber, Ascheim, Brocq et Varangot.

Cette greffe se produirait lorsqu'il existerait un obstacle : « impasse, rétrécissement, ganglion, interruption du trajet au niveau d'une cicatrice » (Gricouroff).

Ainsi donc la doctrine de la métastase semble posséder des « bases anatomiques de valeur » (Brocq - Varangot).

Que conclure de cette étude pathogénique ? Deux points à souligner :

1) L'insuffisance d'arguments et de preuves amène à écarter les théories dysembryoplasiques et métaplasiques ;

2) L'endométriose dériverait donc de l'endomètre adulte.

« Phénomène unique, singulier, sans équivalent connu... Un tissu adulte normal prolifère, essaime, se propage à distance, devient parfois envahissant sans que jamais ses constituants essentiels ne revêtent les aspects morphologiques de la malignité » (Brocq et Varangot).

La dissémination qui se fait à partir d'un point commun semble sous la dépendance de conditions générales, telles :

— La menstruation, vu le caractère spécifique de l'endométriose qui ne se manifeste que chez les femelles présentant une destruction endométriale cyclique (Primates) ;

— L'hyperfolliculinisme que l'on retrouve souvent, tout comme dans les myomes utérins ou l'hyperplasie de l'endomètre.

Comment se réalise donc cette dissémination ?

Il semble qu'il faille distinguer deux cas :

a) *Celui de l'endométriose utérine,* où semblent être en cause :

— la propagation directe le plus souvent

— et l'envahissement métastatique très accessoirement ;

b) *Et le cas de l'endométriose extra-utérine.*

Halban n'accepte que la propagation par voie vasculaire.

Sampson, plus éclectique, croit à :

— l'implantation pour les foyers intra-péritonéaux ;

— la voie vasculaire, comme agent de propagation, accessoirement et dans certaines conditions.

Brock et Varangot pensent que :

— la voie vasculaire aurait la prépondérance

— et l'implantation le rôle accessoire.

Le difficile problème du rôle respectif de l'implantation et de la métastase vasculaire, dans la propagation de l'endométriose, demeure donc entier.

ETIOLOGIE

I. - L'âge

Nos deux malades avaient 40 et 44 ans, ce qui est en accord avec l'opinion de tous les auteurs qui admettent comme âge moyen de l'endométriose sigmoïdienne la quarantaine. En effet :

— Cuff, sur quarante-huit cas d'endométriose intestinale, note un âge moyen de 39 ans 1/2 ;

— Counseller, sur les deux mille cas d'endométriose en général opérés à la Mayoclinic, arrive au chiffre de 41 ans.

Ainsi donc, l'endométriose colique tout comme les autres localisations de l'endométriose constitue une affection de la femme en état d'activité génitale.

Jamais observée avant la puberté, elle se rencontre rarement après la ménopause, période pour laquelle on ne trouve que trois cas dans la littérature. Ce sont ceux de Picot, 73 ans ; Matry, 63 ans ; Fritz Gross, 62. ans.

II. - Les antécédents génitaux

sur lesquels ont a particulièrement insisté :

a) *Tout d'abord dans le passé gynécologique* de ces malades, on retrouve différents types d'interventions sur les organes génitaux internes :

— les curetages surtout ;

— La césarienne ;

— les pexies

sont les plus communément cités.

Certains auteurs mettent en avant d'autres facteurs tels :

— l'hystérectomie ;
— l'insufflation tubaire (Davis et Cron) ;
— les pratiques anticonceptionnelles même ! pour Meigs qui va jusqu'à incriminer la répétition des règles.

b) *Dans le cadre du passé obstétrical,* on insiste sur la *stérilité.*

Trémeau, sur trente-quatre cas d'endométriose colique où la maternité est signalée, relève :

— quinze femmes sans enfants ;
— huit femmes ayant eu un enfant ;
— six femmes ayant eu deux enfants ;
— quatre femmes ayant eu trois enfants ;
— une femme ayant eu quatre enfants.

Quelle relation entre endométriose et stérilité ?

— Turunen invoque comme causes de cette stérilité l'hypoplasie génitale, les adhérences et la rétroversion avec les perturbations circulatoires qu'elles entraînent.
— Philipp et Hüber incriminent l'endométriose tubaire interstitielle.

A côté de cette conception mécanique, coexiste l'hypothèse d'un déséquilibre glandulaire caractérisé par l'irrégularité des règles (Allen).

Quoi qu'il en soit, *la stérilité semble fréquente et doit faire penser par sa présence même à l'endométriose au cours du diagnostic d'une tumeur du côlon sigmoïde.*

c) *Enfin, des affections gynécologiques* peuvent être associées à l'endométriose colique. Ce sont :

— les myomes utérins ;
— l'hyperplasie de l'endomètre ;
— les kystes folliculaires ovariens.

Ainsi donc, il semble exister *un véritable terrain* sur lequel vient se greffer l'endométriose, terrain où l'on retrouve :

— des interventions gynécologiques antérieures ;
— une hyperfolliculinémie ,d'où coexistence de fibromyome, hyperplasie glandulo-kystique ;
— une stérilité ;
— enfin, des lésions associées telles rétroversion utérine et aplasie génitale.

III. - Quelle est la fréquence de l'Endométriose colique

Il semble difficile de fixer la fréquence de l'endométriose colique quand celle de l'endométriose en général reste discutée.

En effet, pour certains auteurs, l'endométriose constitue une lésion exceptionnelle, sinon rare (Chaton, Daniel, Ducuing !), pour d'autres, elle est commune ou même d'une extrême fréquence (Scott, Taussig, de Snoo).

En fait, la fréquence de cette curieuse affection ne semble pouvoir être fixée qu'en l'envisageant sous deux angles :

— Pour l'histologiste, c'est une lésion courante pour peu que l'on s'astreigne à la rechercher systématiquement par un examen complet des pièces opératoires ;

— Pour le chirurgien, elle l'est moins, car l'endométriose « présente chez toutes les femmes » (de Snoo) reste cliniquement muette.

Et là nous ferons le rapprochement avec le placenta proevia qui, anatomiquement présent chez 25 % des femmes enceintes, ne s'extériorise cliniquement que chez une femme sur deux cent cinquante.

Ainsi donc, quelle est, dans le cadre des endométrioses « cliniquement parlantes », la fréquence absolue, ou nombre de cas publiés, de l'endométriose sigmoïdienne ?

Dans son mémoire de 1927, Jayle en rassemblait vingt-quatre cas. Les rapporteurs au 48me Congrès français de Chirurgie, en rapportaient une quinzaine de nouveaux cas. Depuis, les publications se sont multipliées et on peut avancer actuellement le chiffre de cent quarante cas.

Pour avoir une idée de la fréquence relative de l'endométriose colique par rapport aux autres localisations de l'affection, reportons-nous à la classification suivante :

I. — ENDOMETRIOSE GENITALE : 75 %.

1. *Endométriose interne :*
— Se développant en dedans de la paroi utérine.
— *Corps utérin* : 70 %.
2. *Endométriose externe :*
— Ovaires : 13 % ;
— Trompes : 3 % ;
— Cloison rectovaginale : 3 % ;
— Ligaments larges : 2,5 % ;
— Vagin : 2 %.

II. — ENDOMETRIOSE EXTRA-GENITALE

a) Pelvienne ;
— Péritoine du petit bassin : 5 % ;
— *Sigmoïde et Rectum* : 2,7 % ;
— Vessie.
b) Extra-pelvienne :
— Abdominale presque toujours.
— Cicatrices.
— Membres.

Il apparaît donc que la localisation colique de l'endométriose aussi fréquente que la forme rectale représente un peu plus de 1 % des cas d'*endométriose opérée.*

Mais quelle est la place de l'endométriose colique dans la pathologie du gros intestin et en particulier dans l'étiologie des viroles sigmoïdiennes ?

Bacon, Lowell et Trimbi relèvent sur 1 144 tumeurs du côlon et du rectum traitées entre 1946 et 1951 :
— 69 % d'adéno carcinomes ;
— 23 % de tumeurs bénignes épithéliales ;
— 7 % de tumeurs bénignes non épithéliales.

Par ordre de fréquence viennent parmi les tumeurs bénignes :
— les polypes ;
— les tumeurs villeuses
— et les « tumeurs bénignes autres » parmi lesquelles figure l'endométriose.

Ainsi donc, l'endométriose fait figure de parente pauvre à côté du cancer dans la pathologie colique.

Par contre, il s'emble qu'il n'en est plus de même lorsqu'on envisage l'endométriose colique dans le cadre du diagnostic étiologique des viroles sigmoïdiennes chez la femme non ménopausée. En effet, Mme le docteur Greyzes-Rueff note que chez cinq femmes non ménopausées opérées en Chirurgie Sud avec le diagnostic de cancer du sigmoïde, les résultats histologiques furent les suivants :
— 2 fois : cancer du sigmoïde ;
— 1 fois : sigmoïdite pseudo-tumorale ;
— 2 fois : endométriose.

En conclusion, l'endométriose colique apparaît comme rare si on l'envisage dans le cadre :
— de l'endométriose en général ;
— ou de la pathologie colique (on ne la cite même pas comme diagnostic étiologique dans les questions « Occlusion » !).

Par contre, chez la femme en période d'activité géni-

tale, elle semble figurer en assez bonne place dans le diagnostic étiologique des viroles sigmoïdiennes.

Il en résulte ainsi deux notions apparemment contradictoires :

1. L'endométriose colique est rare, ce qui explique *qu'on n'y pense pas.*
2. L'endométriose colique paraît presque aussi fréquente que le cancer sigmoïdien dans le diagnostic étiologique des occlusions aiguës basses, chez la femme normalement réglée.

Cette dernière notion démontre la nécessité :

1. De penser à l'endométriose colique devant une virole sigmoïdienne chez la femme jeune.
2. De faire sienne la proposition de Lamare, Larget et Isidor :

« Toute tumeur du segment iliaque et pelvien de l'intestin chez la femme non ménopausée, même si les signes cliniques d'endométriose font défaut, doit être examinée histologiquement. »

CLINIQUE

Les signes d'appel à l'occasion desquels le diagnostic d'endométriose colique se pose, peuvent être groupés sous deux rubriques :

— *les signes gynécologiques,* qu'on peut en gros qualifier de signes par lesquels se révèlent les formes latentes ;

— *et les signes digestifs* qui passent par trois phases différentes réalisant ainsi les stades : préobstructif, subocclusif et occlusif.

D'ailleurs, les deux catégories de signes peuvent s'associer.

C'est ainsi que Trémeau, dans sa thèse, note sur 51 cas :

— 46 fois où les signes digestifs (S.D.) amènent à consulter avec 25 cas où les S.D. sont associés à des signes gynécologiques (S.G.) ; 21 cas où les S.D. sont isolés.

— 30 fois où les S.G. amènent à consulter : les 25 fois où les S.D. et S.G. sont associés et 5 fois où les S.G. sont isolés.

Ainsi donc :

40 % des cas	S.D. sont isolés	S.D.
10 % des cas	S.G. sont isolés	S.G.
49 % des cas	S.D. et S.G. sont associés	S.D. + S.G.

Nous allons envisager les Signes Digestifs, puis les Signes Gynécologiques.

I. - Signes digestifs

1. LA CONSTIPATION

Se rencontre fréquemment dans plus de la moitié des cas et à des degrès différents.

Elle est acquise et remonte à deux ou trois ans.

Initialement menstruelle ou prémenstruelle, elle augmente progressivement d'année en année, mais demeure cependant rythmée par les règles.

Finalement, elle devient permanente et son exacerbation menstruelle réalise une véritable crise d'obstruction.

2. LES DOULEURS ABDOMINALES

Sont plus rares et se rencontreraient dans un quart des cas :

A localisation gauche ou à prédominance gauche, elles revêtent le type de colique et siègent bas dans le pelvis le plus souvent.

Quant à leurs irradiations gauches postérieures, elles ne sont nullement spécifiques.

Progressivement aggravées dans le temps, elles présentent le maximum d'intensité à la période prémenstruelle.

3. LES RECTORRAGIES

Menstruelles, sont faites de sang rouge. Cependant, elles peuvent prendre l'aspect de mœlena.

Lorsqu'il existe une effraction de la muqueuse, ces rectorragies s'expliquent par la rupture des glandes distendues par le sang menstruel. Or, le plus souvent, cette muqueuse est indemne. S'agit-il d'une rupture initiale dans le chorioncytogène et passage secondaire dans la lumière intestinale, par les glandes digestives, par exemple ? Ou s'agit-il de lésions de voisinage déterminées par l'augmentation de volume du noyau endométrial ?

4. LA DIARRHÉE

Apparaît plus tardivement et alterne en général avec la constipation.

Elle peut être remplacée par des émissions glaireuses traduisant alors l'irritation colique.

5. LES TROUBLES RECTAUX

Seraient aussi fréquents que les douleurs abdominales. Ils revêtiraient l'aspect de ténesme, c'est-à-dire de sensation de tension douloureuse avec envies continuelles d'aller à la selle, d'épreintes, de rectalgies (Mayo) et d'écoulement muqueux (Ocklecker).

Cependant, ces troubles imposent des examens poussés (Toucher rectal répété, rectoscopie), étant donné l'association possible d'un néo du rectum et d'une endométriose colique, ce qui modifie et le pronostic et la conduite à tenir.

6. DES DOULEURS EPIGASTRIQUES

Enfin, sont également signalées.

Ces signes digestifs banaux en eux-mêmes, ne sont nullement spécifiques pris isolément. Mais leur association (constipation, douleurs, rectorragies), leur caractère acquis, leur évolution cyclique dépendante à l'égard du cycle menstruel, doivent attirer l'attention.

II. - Les signes gynécologiques

Témoins d'une endométriose génitale associée, ces signes gynécologiques sont plus évocateurs.

Rappelons que, dans près de la moitié des cas, ils se trouvent associés aux signes digestifs.

1. LA DYSMENORRHÉE

Constitue le signe le plus communément rencontré. Cette fréquence est signalée par tous les auteurs. Typiquement, c'est une dysménorrhée:

1. *Acquise* : apparaissant assez tard dans la vie d'une femme dont les règles avaient été jusque-là peu ou même pas douloureuses du tout.
2. *Tardive* : par son horaire dans le cadre du cycle menstruel apparaissant volontiers le deuxième ou le troisième jour de la menstruation, parfois même

après l'arrêt de l'écoulement menstruel, au début de l'intermenstrum.

3. *Violente* : accompagnée souvent de phénomènes péritonéaux, tels nausées, vomissements.
4. *Progressivement aggravée* dans son intensité, plongeant la femme dans un état de phobie, de terreur de la menstruation.

Telle qu'elle est décrite, la dysménorrhée est hautement évocatrice. Mais tous ces caractères ne sont pas toujours rassemblés. Le caractère secondaire n'est pas constant et, c'est la recrudescence des phénomènes douloureux au cours des règles jusque-là pénibles, qui doit donner l'alarme. Les douleurs décrites comme tardives, peuvent commencer quelque temps avant la menstruation, atteindre leur acmé dans les premières heures des époques pour diminuer ensuite.

Ceci nous amène à adopter la formule de Brocq et Varangot : *En présence d'une dysménorrhée, il faut rechercher l'endométriose, surtout lorsque cette dysménorrhée est secondaire.*

2. LES MENORRAGIES

Constituent un symptome moins fréquemment signalé. Mais c'est une ménorragie *acquise*.

3. LES METRORRAGIES

Précédées parfois par des ménorragies, ces métrorragies sont peu abondantes et d'une durée de deux-trois jours, réalisant ainsi un véritable syndrome intermenstruel, du milieu du cycle.

4. LA DYSPAREUNIE

Signalée par Trémeau, elle l'est aussi par les auteurs américains.

Acquise tout comme la majeure partie des signes de l'endométriose, elle régresserait après l'intervention.

Ainsi donc se résume la symptomatologie fonctionnelle

III. - Quant à l'état général

Il semble assez fréquemment atteint, et Trémeau le signale dans cinq cas sur cinquante-et-un. Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'endométriose ne fut jamais associée à un cancer.

Il s'agit :

— d'un amaigrissement très important survenant dans les mois précédents ;

— d'une profonde asthénie.

et même d'une anorexie élective pour les graisses et viandes !

Ceci ajoute à la difficulté du diagnostic différentiel d'avec le cancer du sigmoïde.

IV. - Que nous apporte l'examen clinique

Généralement, il demeure pauvre et même décevant. « Il égare plus qu'il n'oriente ».

On peut trouver :

— Un gros utérus plus ou moins dur myomateux ;

— une rétroversion utérine fixée ;

— des annexes sensibles et augmentées de volume, donc perceptibles.

Semblent plus à même d'orienter le diagnostic :

— Un Douglas en partie ou complètement comblé par des nodules irréguliers ;

— l'infiltration de la cloison recto-vaginale, si elle n'est pas associée à une lésion cancéreuse.

Si l'on évoque le diagnostic d'endométriose,, il faudra multiplier les examens dans le temps, ne pas hésiter à reconvoquer la malade afin de l'examiner avant, pendant et après les règles. On peut parfois avoir la chance de constater des modifications de volume de l'utérus ou des masses annexielles, suivant la période du cycle menstruel, ce qui constitue le signe pathognomonique.

En conclusion, les signes essentiels de l'endométriose colique sont :

La constipation : acquise, initialement prémenstruelle ou menstruelle, augmentant progressivement d'année en année, pour devenir permanente.

Les rectorragies menstruelles avec écoulement muqueux

La dysménorrhée : acquise, tardive, progressivement aggravée.

Les ménométrorragies, réalisant parfois un syndrome intermenstruel.

La dyspareunie.

L'altération de l'état général.

Un nodule de Douglas ou une inflitration de la cloison rectovaginale qui subissent des fluctuations menstruelles.

Ces signes évoquent l'endométriose mais surtout imposent des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic. Mais...

V. - Des formes cliniques

méritent d'être individualisées.

II. — PARMI LES FORMES SYMPTOMATIQUES ET EVOLUTIVES

1. *Les formes latentes*
découvertes fortuitement au cours d'une laparotomie faite pour tout autre chose : algies pelviennes, affections génitales diverses.
Ce sont ces formes qui, ventre ouvert, évoquent le cancer du sigmoïde.

C'est là que les examens histologiques revêtent tout leur intérêt, confirmant ainsi un diagnostic évoqué sur les lésions pelviennes associées : hystes ovariens, sang dans le Douglas, etc...

2. *Les formes subocclusives.*
3. *Les formes occlusives*
réalisant un tableau d'occlusion intestinale basse (cas de Babel, Thèse Genève 1950).

II. — LES FORMES ASSOCIÉES

— *à d'autres localisations de l'endométriose,* pelvienne surtout ; c'est presque toujours le cas.
— *à un cancer de l'ampoule rectale.*
Dans ce cas, la lésion néoplasique représente tout et l'endométriose colique est relayée au second plan.

III. — LES FORMES COMPLIQUÉES

demeurent exceptionnelles : bacillose, dégénérescence maligne.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'endométriose colique revêt une difficulté et un intérêt qui sont proportionnels. En effet, de ce diagnostic dépendra la conduite à tenir ; car s'il est

posé, il nous permettra d'éviter de larges mutilations inutiles. Cependant, il est d'une difficulté :

— presque insurmontable avant l'intervention ;

— plus aisée à vaincre le ventre ouvert ;

— et nulle, sur la pièce d'exérèse, pour l'histologiste.

C'est dire tout l'intérêt qui s'attache à un diagnostic exact avant l'intervention ou tout au moins en cours d'opération. Ainsi donc allons-nous distinguer deux parties dans le diagnostic, en dissociant :

a) le diagnostic préopératoire

b) du diagnostic peropératoire.

a) Le Diagnostic préopératoire

1°) *L'EXAMEN AU SPECULUM.*

Certes, il peut paraître déplacé de pratiquer un examen au spéculum au cours d'une occlusion intestinale. Et pourtant, à trois reprises, il a mené au diagnostic préopératoire différents auteurs : Cullen, Brown-Miller et Cotte. Il devrait être mis sur le même plan et, partant, être aussi systématique qu'un toucher rectal chez l'homme de la soixantaine ou que le toucher vaginal chez la femme. Que montre-t-il ?

De petits nodules arrondis, *bleuâtres*, saillants, sous la muqueuse de la paroi du cul-de-sac postérieur. Cet aspect de nodules intacts semble très caractéristique. Ces nodules peuvent s'ulcérer, proliférer et réaliser l'aspect de polypes sessiles ou pédiculés turgescents, saignant au contact, mais *violacés*, bleu foncé ou brunâtres.

La biopsie s'impose dans les deux cas et avec le même intérêt : dans le premier cas, afin de confirmer le diagnostic d'endométriose cervicale évoqué, et dans le second pour éliminer le cancer.

Cet examen a permis à trois reprises le diagnostic préopératoire et revêt donc une valeur certaine. Il met en évidence une endométriose associée à l'endométriose colique qui nous préoccupe.

Mais cette localisation de la cloison recto-vaginale, fréquente au cours de toute endométriose, peut avoir une évolution profonde, d'où l'importance des autres examens.

2°) *LA RECTO-SIGMOIDOSCOPIE.*

Du fait même du siège de l'endométriose colique, qui respecte la muqueuse, cet examen reste le plus souvent

négatif. En somme, il permet d'éliminer plus que de confirmer. Il a donc une valeur négative surtout.

La lumière sigmoïdienne est rétrécie ou refoulée par un obstacle. Cet aspect évoque alors une compression extrinsèque et donc une lésion tumorale ou infectieuse pseudo-tumorale, d'origine génitale par exemple.

La muqueuse elle-même est normale, ni œdématiée, ni inflammatoire, ni congestive. Donc, pas de sang ou glaires, du moins en dehors des règles. Cet aspect de la muqueuse, cette vacuité de la lumière intestinale permettent d'éliminer le cancer ou la sigmoïdite. Mais la sigmoïdoscopie n'a jamais montré les nodules bleuâtres typiques.

Enfin signalons que Benz a décrit un aspect polypoïde de la muqueuse.

Mac Guff, sur douze recto-sigmoïdoscopies, a fait sept fois le diagnostic préopératoire sur la coexistence :

— d'une zone rétrécie et

— d'une muqueuse, certes normale, mais « plissée d'une façon particulière » que l'auteur ne décrit pas.

Mayo, sur dix-huit cas, a pensé à quinze reprises à une tumeur extra-colique.

En conclusion, cet examen a une valeur de localisation surtout s'il est associé à l'examen radiographique. Il montre en général une muqueuse normale avec un aspect de la lumière intestinale évoquant une tumeur extra-colique.

3°) *EPREUVE A LA FOLLICULINE DE BAUMANN.*

Le principe consiste à déterminer la turgescence des lésions, et à les rendre ainsi plus évidentes, en injectant de la folliculine (ou de la progestérone) à la dose de 15 à 20 mgr.

Bazy, Blondin et Chêne l'ont utilisée, et il semble qu'elle leur ait donné d'intéressants renseignements.

4°) *LE LAVEMENT BARYTÉ.*

Le lavement baryté reste l'élément de base pour le diagnostic.

Fait avec les précautions d'usage, il montre :

— soit une image de rétrécissement sous forme de défilé régulier, net, avec des plis muqueux conservés ;

— soit une image lacunaire.

Des examens avec les modificateurs du comportement intestinal peuvent être indispensables.

Mais on ne rencontre jamais d'irrégularités des contours ni d'image d'accrochage à l'évacuation.

Mais, que nous apportent ces différents examens sur le plan pratique ?

— Le test de Baumann est rarement utilisé ;

— Le spéculum, s'il montre des lésions, elles sont typiques et évoquent le diagnostic. Il suffira de les biopsier, et la clef du problème nous est donnée ;

— Par contre, la recto-sigmoïdoscopie et le lavement baryté peuvent soit rester négatifs, soit évoquer une lésion organique, sans plus.

Autrement dit, nous ne pouvons pas confirmer le diagnostic d'endométriose s'il a été évoqué. En effet, il s'agit là d'examens statiques explorant l'endométriose à l'état quiescent. Or, le signe pathognomonique demeure les modifications de volume, de consistance et d'aspect commandées par le cycle menstruel.

Et, dès lors, il devient nécessaire d'avoir recours à des examens « dynamiques ». Pour ce faire, on peut :

— soit réaliser ces mêmes examens en période menstruelle ;

— soit les associer à une « préparation » sous forme de test de Baumann.

Aussi nous proposons-nous de pratiquer à l'avenir des examens radiographiques sous forme de lavements barytés en période pré, intermenstruelle, menstruelle, après avoir « activé » les nodules hétérotopiques par la folliculine.

Par ailleurs, comme le diagnostic histologique ne souffre d'aucune difficulté, l'examen que l'on est tenté de pratiquer c'est *la biopsie*. Or, les lésions sont extra-muqueuses, et cet examen ne peut être réalisé comme pour les affections qui font hernie dans la lumière intestinale, telles le néo ou le polype.

Par contre, ce que l'on serait tenté d'essayer, c'est la « ponction-biopsie » avec une aiguille à fenêtre latérale, sous le contrôle de la vue, à l'aide du rectoscope.

En somme cela revient à appliquer à l'endométriose ce que l'on fait pour les viscères abdominaux (foie, rein) ou le corps thyroïde (Drill-ponction). Nous discuterons plus loin les limites de cette technique.

En conclusion, la fréquence avec laquelle le diagnostic préopératoire sera posé dépend du seuil de « suspicion » (Mac Guff). Plus on est averti de l'existence d'une pareille maladie et plus on en fera le diagnostic exact. Sans en

faire une obsession, il faut cependant savoir y penser dans la discussion de l'étiologie d'une virole sigmoïdienne chez la femme en période d'activité génitale. Une fois évoqué, le diagnostic devra être confirmé par les examens tant « statiques » que « dynamiques » et, dans la mesure du possible, histologique.

b) Le Diagnostic peropératoire

De diagnostic préopératoire difficile, l'endométriose colique risque encore d'être méconnue par le chirurgien en cours d'intervention. D'où l'intérêt d'une exploration soigneuse et la nécessité de confronter les constatations opératoires et l'histoire clinique. Revoyons-en les aspects opératoires.

DANS LE DOUGLAS on peut rencontrer différentes lésions.

a) *La présence de sang modifié.* Il ne s'agit, en principe, pas de sang pur ou de caillots, mais de sang poisseux, brunâtre, peu abondant provenant de la rupture d'un kyste goudron. Etalé sur une compresse, il y laisse des taches noirâtres et goudronneuses.

b) *Le péritoine* (comme celui de la face postérieure du ligament large) est dépoli et recouvert d'un enduit brunâtre, d'aspect velvétique, fort adhérent.

c) *Les nodules* y trouvent leur siège d'élection. Il s'agit de nodules dont le volume ne dépasse guère celui d'un grain de mil, rouges, violacés, le plus souvent. Ils peuvent être parfois translucides ou grisâtres simulant les granulations bacillaires, d'autres fois blanchâtres, fibreux, rappelant les métastases néoplasiques.

Nombreux, ils peuvent s'agglomérer ou plisser le péritoine et s'entourer d'adhérences serrées. Quelques-uns atteignent parfois un certain volume et deviennent alors perceptibles au toucher rectal ou vaginal, sous forme de nodosités plus ou moins douloureuses. De tels nodules peuvent d'ailleurs se localiser sur d'autres organes de la grande cavité comme l'épiploon (cas de Larget).

d) *Sur la face postérieure de l'isthme utérin* on peut trouver une cicatrice étoilée importante de 1 à 2 cm de diamètre, épaisse et dense, ombiliquée, bridant l'utérus, empêchant ou limitant son redressement ou extériorisation. Si lors d'une hystérectomie subtotale la section

passe au-dessus de cette cicatrice, la péritonisation y est difficile et le péritoine se rompt au passage de l'aiguille. Ceci doit attirer l'attention et faire demander un examen extemporané, surtout si les ovaires ont été conservés.

— *UN FIBROME UTERIN* est fréquemment associé à l'endométriose pelvienne ou génitale. Sa constatation ne doit pas faire négliger la recherche plus minutieuse de petits foyers de muqueuse ectopique. En réalité, ces utérus dits myomateux sont fréquemment le siège d'endométriose.

— *LES LESIONS SALPINGIENNES* se présentent sous forme de petits kystes bleuâtres sous-sérieux. Parfois on isole un nodule irrégulier à surface bosselée de kystes bleuâtres.

— *LES KYSTES GOUDRONS OVARIENS* constituent l'élément caractéristique de cette affection. De faibles dimensions, ils sont bilatéraux parfois.

Cependant Trémeau signale, sur vingt-sept cas où ces kystes sont décrits, une prédominance gauche telle que vingt-cinq fois ce fut l'ovaire gauche qui était atteint et deux fois seulement l'ovaire droit. Ainsi donc cette association, kyste ovarien gauche et endométriose colique, est très évocatrice et semble plaider en faveur de la théorie des greffes de Sampson.

Ces kystes « chocolat », goudronneux, qui « présentent une bordure noirâtre rompue en même temps que les adhérences » (Novack) mesurent de 1 à 5 cm et dépassent rarement le volume d'un œuf. Le kyste forme alors une masse adhérente coincée entre la face postérieure de l'utérus et le sigmoïde. On trouve aussi dans la profondeur du bassin, associés à ces kystes ovariens, de petites cicatrices étoilées, blanchâtres, de rupture ancienne, des taches hémorragiques bleuâtres ou brunâtres, enfin de petits kystes hémorragiques du volume d'une tête d'épingle à celui d'une cerise.

Les kystes goudronneux ovariens sont habituellement nettement visibles. Parfois, cependant, ils ne sont reconnus qu'après exérèse vu leur situation centrale ou leurs faibles dimensions.

SUR LE SIGMOIDE les lésions présentent des aspects variés.

La tumeur squirrheuse, véritable virole, simule une tumeur maligne sténosante. Elle peut siéger sur le bord mésentérique ou le bord libre ou au contraire être bipolaire.

Cependant, elle est le plus souvent *limitée circonférentiellement* et ne fait pas le tour du sigmoïde. Typiquement, elle est reliée par des tractus fibreux à d'autres points de la séreuse sigmoïdienne. Ainsi s'expliquent les dépressions ou plicatures linéaires d'aspect cicatriciel et les petits placards blanchâtres ressemblant à de la périviscérite.

Ailleurs, ce peut être des microkystes brunâtres ou bleuâtres sous-séreux, disséminés, plus ou moins nombreux, ressemblant à des végétations.

Rappelons que la tumeur colique elle même peut être étendue à toute la circonférence du sigmoïde, simulant en tout point un cancer.

L'ABSENCE DE GANGLIONS constitue un *signe capital* qui doit faire penser à l'endométriose. L'inflammation et l'extension lymphatique habituellement associées dans le néo n'existent pas ici. D'où l'absence d'adénopathies. Ce signe chez une femme qui se plaint depuis si longtemps, parfois même depuis des années, devrait attirer l'attention. *Il faut savoir S'ETONNER*, comme d'ailleurs tout au long de cette exploration.

Carcassonne (communication du 19-1-1953) signale l'existence d'adénopathies qui l'amenèrent à réaliser une exérèse en dépit de l'aspect de la lésion colique qui évoquait l'endométriose.

Ainsi donc, l'examen peropératoire peut révéler l'existence de lésions évocatrices. Il s'agit essentiellement de :

— kystes ovariens, surtout s'ils siègent à gauche ;
— sang poisseux rencontré dans le Douglas ;
— lésions sigmoïdiennes ;
— l'absence de ganglions.

surtout s'ils sont associés à un critère évolutif important : La longue évolution sans aggravation, ce qui est incompatible avec un cancer intestinal.

Cependant, cette exploration peut s'avérer insuffisante, et Brocq, Palmer, Okinczyc ont déjà insisté sur :

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE PEROPERATOIRE

On peut avoir recours à deux méthodes :

— L'examen direct d'un frottis du liquide intrakystique ;
— l'examen microscopique d'un fragment.

L'examen direct d'un frottis du liquide intrakystique est réalisé avec une goutte de liquide étalé sur une lame, fixé, et coloré suivant les méthodes employées pour les hémogrammes.

En dehors des cristaux de cholestérine et de l'hémosidérine, on trouverait essentiellement de grandes cellules hématophages pseudoxanthomateuses qui seraient pour Heimann pathognomoniques de l'endométriose puisqu'elles ne se rencontreraient jamais dans les autres kystes hémorragiques de l'ovaire. Cependant, pour Mazer et Hoffmann, cette lecture ne revêt aucun intérêt pour la connaissance de la structure de la paroi.

Beaucoup plus concluant et plus sûr est *l'examen d'un fragment de kyste ou de la tumeur prélevé au bistouri.*

L'analyse peut se faire soit à l'ultropak, suivant la technique du professeur Leroux, soit sur coupe obtenue par congélation et coloration par la méthode de Del Rio Hortega. Cette dernière méthode, plus longue (une dizaine de minutes en tout) offre cependant deux avantages :

1°) Elle laisse un document contrôlable à tout moment, qui permet la comparaison avec les coupes à la paraffine ;

2°) Et, par ailleurs, elle a pour elle la sécurité, car plus précise et plus simple dans son interprétation.

Le diagnostic est certain quand on constate l'existence de tubes glandulaires ou de cavités remplies de sang, tapissés par un épithélium cylindrique, et entourés d'un chorion cytogène avec stroma vasculaire et quelques fibres musculaires lisses. Cependant cet examen n'a de valeur que s'il est positif, car négatif il n'élimine nullement l'endométriose.

Ces examens présentent un grand intérêt et devraient être aussi systématiques que « l'examen extemporané » des tumeurs du sein par exemple. Comme lui, ils nécessitent la présence d'un anatomopathologiste exercé et rompu aux techniques cytohistologiques.

En conclusion, il est indispensable de compléter les données de l'exploration peropératoire, fussent-elles formelles, par les examens histologiques pratiqués en cours d'intervention. Ces derniers ne devraient soulever aucune difficulté, puisqu'il suffit d'étendre à l'endométriose ce qui est déjà entré dans la pratique courante en matière de cancérologie.

En effet, la hantise du chirurgien demeure toujours le cancer.

Que la femme présente cliniquement des signes obstructifs, voire même occlusifs, ou que l'on constate à

la laparotomie l'existence d'une tumeur colique, le diagnostic auquel on pense en premier, c'est le cancer. Ainsi donc le gros diagnostic, et peut être même l'unique, demeure le cancer sigmoïdien qu'il faut éliminer.

LE CANCER DU SIGMOIDE donne :

— *cliniquement,* des glaires, des rectorragies continues sans caractère périodique, évoquant volontiers les « hémorroïdes » ;
— *un état général* fort altéré avec une pâleur intense, quoique ce signe ne soit pas spécifique ;
— *à la rectosigmoïdoscopie,* une lésion bourgeonnante ou ulcérée, saignant aisément ;
— *au lavement baryté,* une image de sténose, avec un défilé déchiqueté, irrégulier, tortueux ;
— *un certain degré d'infection* ;
— *histologiquement,* des images d'atypie cellulaire.
— enfin, la laparotomie découvre des adénopathies importantes.

LES TUMEURS EXTRACOLIQUES donnent :

— une compression extrinsèque ;
— les phénomènes occlusifs ou obstructifs n'affectent aucun caractère de périodicité.

Deux signes essentiels s'associent :

— la muqueuse est saine, sans aucune altération ;
— le lavement baryté montre une image d'amputation bien limitée.

Enfin d'autres examens paracliniques permettant des contrastes poussés aideraient au diagnostic :

— Urographie intra-veineuse ;
— Hystérographie ;
— Cystographie.

L'intervention permet, en dernier ressort, de lever aisément les doutes.

Par ailleurs, dans les deux cas, les « examens dynamiques », c'est-à-dire touchers rectal et vaginal, lavement baryté, en période menstruelle spontanée, physiologique, ou « provoquée » (épreuve à la folliculine) sont négatifs. Ils prouvent ainsi le caractère statique de la lésion. De toutes les façons, la cœliotomie exploratrice, avec examens histologiques peropératoires, s'impose.

En fait, au cours de toute laparotomie exploratrice faite pour exérèse de lésions génitales, il faut savoir penser chez la femme jeune à l'endométriose au même titre qu'au cancer.

TRAITEMENT

But

Le traitement de l'endométriose colique se propose de supprimer :

1) l'étranglement colique avec toutes ses éventuelles complications ;
2) et les lésions associées, s'il en existe.

Bases

1. *ANATOMIQUES.*

a) L'endométriose colique constitue une lésion bénigne *qui ne possède cependant pas de capsule propre.* Par conséquent, il n'existe pas de plan de clivage et il sera nécessaire de pratiquer une exérèse suffisamment large pour passer à distance du tissu hétérotopique.

b) L'endométriose colique peut être *associée à d'autres localisations,* parfois multiples de l'affection. Certaines d'entre elles, muettes, n'ont pas de traduction clinique expliquant ainsi, si elles sont méconnues, l'échec de certaines interventions et les récidives.

c) *La fibrose* est parfois abondante, ailleurs même accompagnée d'une réaction inflammatoire importante.

2. *BIOLOGIQUES.*

L'endométriose colique constitue une lésion « dépendante » à l'égard de la sécrétion ovarienne. Le tarissement de cette sécrétion ovarienne supprime le mobile de tous les phénomènes histo-physiologiques observés au niveau des endométriomes, mais demeure sans action sur les phénomènes associés, comme la *sclérose* sus citée.

3. *CLINIQUES.*

A. — *En rapport avec la tumeur.*

a) *D'évolution lente, purement locale,* elle n'entraîne pas la mort, et de manière exceptionnelle que par ses complications, essentiellement occlusion intestinale aiguë.

b) Tumeur bénigne, elle ne donne *pas de métastases.*

c) *La récidive* est possible mais à une double condition, soit la persistance et de la sécrétion ovarienne et de

noyaux hétérotopiques.

d) Son caractère *sténosant* constitue le fait dominant.

B. — *Le terrain sur lequel elle évolue.*

Il faut en effet tenir compte :

a) Du désir de maternité de la malade, ou du désir d'une intervention radicale au contraire ;

b) De son âge : aux alentours de la ménopause, la régression « spontanée » est presque certaine à court terme.

4. *DIAGNOSTIQUES.*

Lorsque le diagnostic est certain, c'est-à-dire la biopsie faite, plus aucun problème.

Il n'en est pas de même s'il persiste un doute. C'est alors qu'il faut attacher la plus grande valeur aux éléments de suspicion tels que :

Les plaques blanchâtres d'aspect cicatriciel, les nodules multiples d'aspect fibromateux, le siège de la tumeur, l'absence d'ulcération habituellement sentie à travers la paroi colique dans le néo, l'absence d'adénopathies, enfin la notion d'une longue évolution sans aggravation, incompatible avec un cancer intestinal.

Mais la biopsie demeure l'élément de base indispensable. Aussi faut-il faire siennes les conclusions de Bazy, Larget et Isidor, soit : « Toute tumeur des segments iliaque et pelvien de l'intestin chez des femmes non ménopausées, même si les signes coliques font défaut, doit être examinée histologiquement. »

Méthodes

I. — TRAITEMENT MEDICAL.

But. — Il constitue un traitement d'attente (sauf pour de Snoo) employé le plus souvent en l'absence d'un diagnostic précis.

Ses éléments sont variables suivant qu'il est symptomatique ou étiopathogénique.

a) *Symptomatique,* à base de repos, psychothérapie, cures hydrominérales et d'antalgiques banaux contre la dysménorrhée.

b) *Etiopathogénique* et partant essentiellement hormonothérapique.

— *Moulonguet a suggéré l'emploi d'hormones mâles* dans le but de freiner la sécrétion ovarienne ou de pro-

voquer l'aplasie muqueuse utérine (Turpault). Cette hormonothérapie peut être réalisée sous forme de :

Proprionate de testostérone aux doses de 200 à 600 milligrammes par mois, à raison de 200 mgr en moyenne en quatre injections intra-musculaires, dans la deuxième moitié du cycle. Mais l'inconvénient majeur est représenté par des risques certains de virilisation, de congestion utérine et excitation. D'où l'emploi d'androgènes non virilisants sous forme de *propionate d'androstène diol* à raison de 300 à 400 mgr par mois en sous-cutanées.

Les androgènes en général agissent certes sur la douleur et les hémorragies sans supprimer la sécrétion ovarienne. Ils ont un certain intérêt comme test diagnostique.

— *Kernacky - Cooke préconisent les œstrogènes* qui paradoxalement ont donné des succès aux promoteurs de la méthode sous forme de *stilbœstrol* trois fois par jour aux doses de 1 à 25 mgr ; en augmentant tous les cinq jours progressivement les doses, on peut atteindre 100 mgr.

— *Enfin la progestérone* a été employée en cas d'hyperfolliculinie persistante avec absence de prégnandiol.

Ce traitement médical quel qu'il soit ne peut être conçu que comme traitement palliatif symptomatique permettant d'attendre la ménopause, période pendant laquelle l'endométriose rentre dans le silence clinique.

II. — TRAITEMENT RADIOTHERAPIQUE.

Le traitement radiothérapique se propose de tarir la sécrétion ovarienne de manière temporaire ou définitive.

Préconisé en 1923 par Williamson, ce traitement semble donner entière satisfaction à Schikelé qui s'en montre fervent partisan, *après biopsie toutefois.*

Les doses sont de l'ordre de :

— 1 500 *r* pour une castration temporaire ;

— 2 500 *r* pour une castration définitive.

Malheureusement, le dosage exact semble difficile à fixer.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Multiples sont les techniques préconisées, allant

— *des interventions conservatrices* associées ou non à une résection du présacré (Mocquot et Musset)

— *aux interventions mutilatrices :*

  — exérèse des foyers d'endométriose ;

  — castration bilatérale associée à autre chose ou isolée.

En effet, ce traitement chirurgical se proposera d'agir :
soit sur la tumeur sigmoïdienne, réalisant :

— une amputation ;
— un Hartmann ;
— une résection segmentaire en un ou plusieurs temps ;
— une tumorectomie ;

soit au niveau de la sécrétion ovarienne :

— castration chirurgicale ;
— résection partielle d'ovaire kystique, à la Walther par exemple.

1. *L'OPERATION DE HARTMANN* ou résection segmentaire sans rétablissement de la continuité.

Techniquement, elle comporte, après la section haute de l'intestin passant à 15 cm au-dessus de la lésion, la libération de l'intestin jusqu'au point de section inférieure qui passe à deux travers de doigt au-dessous de la tumeur. Le bout inférieur est oblitéré à l'aide de points séparés totaux et enfoui sous une bourse faufilée dans la séro-musculeuse.

Quant au bout supérieur, il sert à réaliser *une colostomie terminale iliaque définitive,* fonctionnelle au troisième-quatrième jour de l'opération.

Discusion :

Les points de section, supérieur et inférieur, sont choisis en fonction de l'extension de la lésion maligne qui se fait de bas en haut. Or l'endométriose est une affection bénigne pour laquelle il n'est pas question d'extension ganglionnaire ou à distance. Par conséquent, cette intervention mutilante est absolument inutile, d'autant qu'elle laisse un anus contre nature définitif chez une femme jeune. Certes, le rétablissement secondaire de la continuité est possible, mais il n'est ni facile ni bénin.

Conclusion :

Sur les six cas d'opération de Hartmann réalisés par différents auteurs, relevés par Trémeau :

— trois fois l'endométriose était associée à un néo du rectum ;
— trois fois l'endométriose a été méconnue et les malades opérées avec le diagnostic de néo du sigmoïde.

Par contre, chaque fois que le diagnostic est certain, disons d'emblée, dès maintenant, qu'elle doit être rejetée.

2. *LA RESECTION SEGMENTAIRE* peut être réalisée suivant différents types :

a) *à la Reybard,* ou colectomie idéale en un temps, consistant en une colectomie intra-abdominale avec colorraphie complète immédiate ;

b) *à la Wolkmann,* ou en deux temps, soit colectomie d'emblée avec anus « in situ » ;

c) *à la Reclus - Block - Mickulicz,* soit colectomie en trois temps ou différée après extériorisation.

Avantages :

La résection segmentaire enlève la tumeur et rétablit la continuité colique. D'ailleurs, étant donné les conditions

— générales : jeune âge ;
— locales : septicité moindre que dans un néo, vu l'intégrité habituelle de la muqueuse, congruence des deux bouts coliques,

on peut faire une colectomie en un temps, à la Reybard, surtout si la préparation a été minutieuse.

Réalisée par différents auteurs : Larget, Isidor, Biebl, elle a toujours amené la guérison.

3. *LA TUMORECTOMIE* ou la résection colique cunéiforme réalisée par Bérard et Croisat.

4. *LA RESECTION PARTIELLE DE L'OVAIRE* sur des annexes porteurs de kystes hématiques a été réalisée en association avec une résection intestinale par Bérard et Croizat.

5. *LA CASTRATION CHIRURGICALE* a été réalisée isolément ou associée à une résection colique.

Quelle est la nature des interventions réalisées ?

Trémeau relève :
— dix Hartmann ;
— quarante et une résections segmentaires avec rétablissement de la continuité ;
— vingt-six castrations, dont :
  — onze isolées ;
  — quinze associées à une résection segmentaire ;
— onze ovariectomies partielles, dont :
  — deux isolées ;
  — neuf associées à une résection intestinale.

Les indications

Les indications thérapeutiques dans l'endométriose colique sont essentiellement dominées par l'urgence, c'est-à-dire l'occlusion. D'où deux cas bien différents :

— 1. La tumeur est sténosante ;
— 2. La tumeur n'est pas sténosante.

I. - La tumeur sténosante :

Le traitement chirurgical s'impose certes, mais la nature de l'acte thérapeutique dépend :

— de la certitude du diagnostic ;
— du caractère isolé ou non de la lésion colique ;
— enfin des tempéraments et habitudes du chirurgien.

1) - Lésion sigmoïdienne isolée

a) DIAGNOSTIC INCERTAIN. Delannoy propose :

Premier temps : Colostomie iliaque avec prélèvement d'un fragment pour histologie ;
Deuxième temps : Une fois le diagnostic confirmé, *castration :* chirurgicale ou radiothérapique ;
Troisième temps : Fermeture de la stomie.

Carcassonne fait une *résection segmentaire.*

Nous pensons que la résection segmentaire en un temps constitue le meilleur traitement. Elle permet, en un temps, de réséquer la tumeur et de rétablir la continuité d'emblée. La castration peut être réalisée dans le même temps ou secondairement par la physiothérapie.

Cette intervention convient tout aussi bien au « néo » non étendu que constituerait la lésion douteuse qu'à l'endométriose sténosante. En somme, on met le maximum de chances de guérison de son côté.

b) LE DIAGNOSTIC EST CERTAIN.

On peut réaliser :

— une tumorectomie parfois ;
— une résection segmentaire idéale en un temps, le plus souvent ;
— la castration, facultative, donnerait une guérison plus certaine et plus solide.

Cette solution semble la meilleure. En effet, la castration radiothérapique tentée par Funck-Brentano pour

un épisode occlusif a abouti à un échec. L'auteur fut amené à réintervenir pour pratiquer une castration chirurgicale et une résection du sigmoïde, ce qui permit la guérison.

2) - Lésion sigmoïdienne associée à d'autres localisations de l'endométriose

Femme ne désirant pas d'enfant :
— Résection + Castration.

Femme jeune, désirant la maternité et avertie des risques de récidive :
— Résection seule.

En conclusion, en cas de tumeur sténosante, la résection segmentaire semble s'imposer, associée ou non à la castration suivant les circontances : certitude du diagnostic, désir de maternité, autres foyers endométriaux.

II. - La tumeur non sténosante :

1) - Endométriose colique isolée
Plus de résection d'emblée.

A. FEMME JEUNE.

Le traitement hormonal s'impose d'emblée. Meigs conseille en particulier la gestation, qui favoriserait la régression de l'endométriose.

En cas d'échec, on a recours à la chirurgie :

a) *Conservatrice* si les lésions endométriales ovariennes sont peu importantes. On fait :

1) *Une résection partielle ovarienne* pour kystes hématiques par exemple.

On tâchera de garder un ovaire au moins pour ne pas supprimer toute chance de grossesse.

2) *Une résection du présacré* si la dysménorrhée est importante.

3) *Une excision cunéiforme* comme Bérard et Croizat, *ou elliptique avec suture transversale* comme Mac Lean.

b) *Mutilatrice* : Si l'endométriose colique est associée à d'autres foyers endométriaux.

On réalise :
— *une castration bilatérale associée à une tumorec-*

tomie sur le sigmoïde, sans jamais recourir à la résection.

B. *FEMME A LA VEILLE DE LA MENOPAUSE.*

On utilise le *traitement médical* comme traitement palliatif pour attendre la survenue de la ménopause. En cas d'échec, on a recours à la *castration* soit chirurgicale, soit physiothérapique (Brocq).

2) - Endométriose colique associée à un néo rectal

L'endométriose colique passe au second plan, et on est ramené au traitement du néo du rectum.

En résumé :

Forme sténosante :
— Résection toujours ;
— Castration souvent, surtout s'il existe une endométriose pelvienne associée.

Forme non sténosante :

— Traitement hormonal toujours ;
— Castration partielle ou totale parfois ;
— Jamais de résection.

La radiothérapie se réserve quelques indications

1. *Les récidives* non seulement « in situ », mais aussi de voisinage.
2. *Les contre-indications générales du traitement chirurgical,* telles les tares organiques.
3. *Les contre-indications locales :* cas de l'endométriose colique associée à une endométriose généralisée et envahissante du petit bassin.
4. *Ménopause.* Endométriose *de diagnostic certain* lorsque la ménopause tarde à s'installer.

Nos observations

OBSERVATION N° 1

Madame Vi... Julia, âgée de 40 ans

Mme V... Julia, âgée de 40 ans, est adressée dans le service avec le diagnostic de *fibrome utérin.*

Depuis trois ans, cette malade présente :

— *des douleurs pelviennes* à prédominance gauche, progressivement aggravées et dont le maximum d'intensité se situe à la période prémenstruelle ;

— *une leucorrhée* abondante ;

— *des métrorragies* (de deux-trois jours, peu abondantes) constituant un *syndrome intermenstruel* survenant au douzième jour du cycle sur

— *un fond ménorragique* datant de quatre ans ;

— *enfin, simultanément,* est apparue une *constipation* qui augmente d'année en année et se manifeste électivement au moment des règles.

DANS LES ANTECEDENTS de cette malade on ne note rien au point de vue général, et digestif en particulier, qui mérite d'être signalé.

Sur le plan gynécologique et obstétrical, cette femme réglée depuis l'âge de 11 ans et non dysménorrhéique, a eu un accouchement pénible ayant nécessité une application de *forceps.* On ne retrouve ni avortement ni curetage.

L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE montre :

— un col déchiré avec une lèvre antérieure exubérante (l'examen histologique éliminera toute lésion maligne) ;

— un corps utérin augmenté de volume, irrégulier, bosselé, *rétroversé* et dont la mobilisation est douloureuse ;

— un cul-de-sac droit comblé par un noyau fibromateux alors que le gauche est rétréci et sensible ;

— au spéculum, une grosse exocervicite ;

— à l'hystérométrie, une cavité utérine de 7 cm 5,

Quant à l'hystérographie, elle met en évidence des images de tonalité avec aspect polypoïde du bord droit et de la corne du même côté.

En résumé, chez cette femme de 40 ans, qui se présente essentiellement comme une malade gynécologique, rien n'attirait l'attention sur le sigmoïde en dehors de la constipation à recrudescence menstruelle qui pouvait être mise sur le compte d'une compression extrinsèque secondaire à la *rétroversion utérine.*

En particulier, il n'y eut *jamais de rectorragies.* Aussi a-t-on *décidé d'intervenir pour fibrome compliqué,* c'est-à-dire douloureux et hémorragique, malgré le mauvais état général.

UN BILAN PREOPERATOIRE a été réalisé.

Cliniquement :

— Un mauvais état général frappait l'attention ;

—T.A., 15/7,5. Cœur normal, poumons normaux.

Radiologiquement :

— L'urographie intra-veineuse comme l'hystérographie se sont révélées négatives toutes les deux. Mais il n'y eut pas de lavement baryté.

Biologiquement, on relève :

— Protides : 73 gr. ;

— Formule et numération sanguine :
Globules rouges : 4 475 000 ;
Globules blancs : 4 600, avec
Polynucléaires neutrophiles à 49 % ;
Lymphocytes à 32 % ;

— Temps de coagulation et temps de saignement normaux ;

— Un électrocardiogramme normal.

LE 12 FEVRIER 1955 : Intervention (Docteur Lapeyrère, Docteur Métreau, Docteur Espagno).

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'exploration, on trouve :

1) un utérus fibromateux avec de nombreux noyaux qui gêneront l'ablation ;

2) au niveau des annexes des séquelles de lésions d'annexite ancienne avec cloisonnement du Douglas par des adhérences ;
peu de modifications des trompes ; un kyste ovarien de contenu sérohématique ;

3) Un « *néo* » *en virole* de la partie terminale du sigmoïde siégeant à 4 cm au-dessus du Douglas.
La paroi est rétractée et indurée au niveau des *deux tiers de sa circonférence.*

La tumeur, nettement localisée, paraît de la grosseur d'une châtaigne. *Pas d'envahissement ganglionnaire.*

On pratique une *hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale.*

Seulement, une *adhérence du col à la jonction recto-sigmoïdienne* persiste.

Antibiotiques « in loco ». Péritonisation.

Fermeture pariétale en trois plans.

Donc, étant donné la non-préparation de la malade en vue d'une intervention digestive majeure, on laisse en place la lésion sigmoïdienne étiquetée cancer et on envisage son exérèse dans un deuxième temps.

LES SUITES OPERATOIRES furent simples, et la malade quitte le service pour une maison de repos le 3 mars 1955, avec une convalescence de quinze jours.

LES RESULTATS ANATOMO-PATHOLOGIQUES reviennent quelques jours plus tard (Docteur Moreau) :

— Fibromyome utérin avec polype de l'endomètre et hyperplasie. Ovaires normaux ;

— Pas de lésion suspecte de néoplasie.

LE 12 AVRIL 1955, la malade revient dans le service. Elle signale :

1) Une douleur de la fosse iliaque gauche intermittente, et

2) *une constipation* facilement réduite par les laxatifs.

L'examen n'apporte rien de nouveau.

LE 26 AVRIL 1955, la malade est reprise (Professeur Grimoud, Docteur Bruguier, Docteur Métreau).

Laparotomie médiane sous-ombilicale par l'ancienne cicatrice. Libération difficile du grand épiploon. L'anse

sigmoïde adhérente au pelvis est progressivement mobilisée et déroulée. Le Douglas est le siège d'une adhérence très serrée dont la dissection est laborieuse malgré un décollement rétro et latéro-rectal poussé vers le bas.

Le petit néo en virole situé à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de l'anse sigmoïde est enlevé par *colectomie segmentaire idéale en un temps* effectuée par voie abdominale pure suivie d'une *anastomose colorectale latéro-terminale en deux plans,* à points séparés.

Après péritonisation, le pelvis est méché et drainé. Fermeture en trois plans de la paroi.

LES SUITES OPERATOIRES furent très simples et la malade sort dix-huit jours après la seconde intervention.

RESULTATS ANATOMO-PATHOLOGIQUES (Docteur Moreau).

— *Macroscopie* : Epaississement localisé de la paroi intestinale avec aspect rétracté sur la face séreuse.

— *En coupe* : Les muqueuse et sous-muqueuse paraissent normales ; la musculeuse, épaisse, dure, est traversée de tractus blanchâtres ; la séreuse s'invagine au niveau de la lésion.

— *Histologie* : La muqueuse du sigmoïde est absolument normale. La musculeuse contient de nombreuses cavités glandulaires endométriales entourées d'un chorion cytogène plus ou moins abondant. Il existe également quelques plages présentant un dépôt hémosidérosique important, secondaire à l'involution hémorragique des foyers.

LE 16 NOVEMBRE 1956 la malade est revue au cours d'une consultation. L'état général est bon et la reprise de poids est de l'ordre de 4 kilos. La constipation, qui avait persisté quelque temps après l'intervention, a maintenant disparu. La malade ne signale aucune perte vaginale ou rectale.

Les touchers rectal et vaginal sont normaux.

OBSERVATION N° 2

Madame Dej..., 44 ans

Mme Dej..., 44 ans, est adressée en chirurgie sud pour « *crises subocclusives* » *suivies de rectorragies.*

Le début de ces manifestations remonte au 9 août 1960, marqué par une crise douloureuse abdominale avec vomissements et ballonnement. Peu après la malade présente un mœlena assez abondant. Après cette hémorragie, elle continue à présenter quelques petits saignements pendant plusieurs semaines et à accuser de temps en temps des vomissements tout en maigrissant de plusieurs kilos.

Le 9 novembre (soit trois mois après) survient une crise identique, mais moins importante dans son intensité.

Enfin quelques jours après son hospitalisation (2 janvier 1961) apparaît une nouvelle crise, plus discrète encore, le 9 janvier 1961.

En somme, se succédèrent trois crises subocclusives espacées de trois et deux mois chacune.

L'interrogatoire révèle alors un passé pathologique fort chargé, avec :

A 12 ans : Scarlatine ; à 13 ans : rhumatisme articulaire aigu, qui laissera comme séquelle un souffle systolique apexien ; à 14 ans : Chorée ; en 1948 : Osler à hémoculture négative traité par la pénicilline ; en 1950 : Bactériémie traitée par antibiotiques ; puis peu après amygdalectomie.

Quatre interventions chirurgicales sur l'abdomen. Appendicite drainée, péritonite peu après d'origine non précisée ; hernie ombilicale ; éventration post-opératoire.

Sur le plan génital, rien d'anormal :

— Trois enfants ; aucun trouble menstruel ; règles normales tant au point de vue rythmicité qu'abondance. Pas de dysménorrhée, ni symptôme prémenstruel ;

— Quelques pertes blanches en rapport avec un gros col cicatriciel métritique.

Chez cette malade s'imposait donc un bilan complet ; ce qui fut réalisé.

Cliniquement, on note :

— Un important amaigrissement survenu dans les derniers mois ; une profonde asthénie ; une ano-

rexie relative plus marquée pour les graisses et viandes ;

— Par ailleurs, un état nauséeux permanent ; un fond douloureux permanent de la région para-ombilicale gauche, siège d'une douleur provoquée à la palpation profonde ;

— L'auscultation cardiaque révèle le souffle systolique apexien noté dès la première crise de R.A.A. à 13 ans.

Biologiquement. Formule et numération sanguine : 3 200 000 globules rouges ;
19 600 globules blancs avec 71 % de polynucléaires neutrophiles.

— Vitesse de sédimentation : 17 mm la première heure.

— Protides : 76 gr. 0/00 ; Urée : 0,55 ; Glycémie : 1 gr.

Radiologiquement.

— *Poumons* : Rien de particulier à signaler en dehors d'une ombre cardio-vasculaire un peu élargie.

— *Le lavement baryté* montre un rétrécissement à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du sigmoïde.

Devant cette altération de l'état général chez une malade subfébrile ; les rectorragies ; les crises subocclusives ; le rétrécissement noté au lavement baryté, on pense au néo du sigmoïde et on décide d'intervenir malgré « un risque opératoire important ».

LE 21 JANVIER 1961 : Intervention (Dr Bruguier).

— Médiane sous-ombilicale.

— Tumeur très limitée, très petite, *sans adénopathie associée,* siégeant à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du sigmoïde.

— Mobilisation du côlon descendant. Colectomie segmentaire sans décollement présacré, la tranche de section inférieure étant nettement au-dessus du Douglas, donc intra-péritonéale.

— Anastomose termino-terminale en deux plans à points séparés au fil de lin.

— *Ovariectomie bilatérale* comme traitement prophylactique des métastases précoces, possibles au cours des cancers digestifs. Péritonisation. Drainage. Fermeture pariétale au fil d'acier.

SUITES OPERATOIRES des plus simples.

Le 26 janvier 1961 : Le lavement baryté montre que l'anastomose fonctionne bien avec des côlons droit et transverse un peu stasiques.

RESULTATS ANATOMO-PATHOLOGIQUES (Docteur Moreau).

La paroi du sigmoïde, essentiellement la musculeuse, contient plusieurs foyers d'endométriose typique assez volumineux quelquefois quiescents, d'autres fois hémorragiques.

Ces foyers sont parfois associés à une réaction inflammatoire.

Donc : Endométriose colique associée à une endométriose ovarienne très importante.

Pas de signe de malignité.

Discussion

Nous voudrions, à propos de ces deux observations, étudier deux chapitres qui intéressent le clinicien : celui du diagnostic et du traitement de l'endométriose colique.

LE DIAGNOSTIC

Nos deux cas mettent en évidence sa très grande difficulté. Dans les deux cas, notre erreur a été complète et redressée seulement par l'examen microscopique de la pièce opératoire. Or, il se trouve que chez l'une et l'autre malade, le traitement a été rationnel (ablation de la virole et castration) ; c'est un peu le fait du hasard. Chez notre première malade les ovaires étaient normaux et nous aurions pu pratiquer seulement une hystérectomie pour fibrome avec conservation ovarienne. Chez notre seconde malade, nous avons fait un geste chirurgical qui ne nous est pas habituel. Impressionnés par un cas récent de tumeur de Krukenberg, nous avons décidé l'ablation systématique des deux ovaires à titre prophylactique chez cette femme proche de la ménopause. Mais sans ces deux hasards, en l'absence de diagnostic, nous pouvions faire une intervention insuffisante, en laissant en place la source de folliculine. En outre, nous sommes encore aujourd'hui en droit de nous demander si la colectomie était nécessaire, dans le second cas surtout,

une régression complète paraissant possible après simple castration. Enfin, si nos erreurs n'ont pas eu de conséquences graves, des erreurs semblables ont entraîné ailleurs des interventions mutilantes définitives, lorsque la lésion siégeait plus bas, sur le rectum (amputation du rectum). Elles ont même coûté la vie à quelques malades qui moururent de complications post-opératoires.

Aussi nous voudrions, en nous servant surtout de ces deux observations, étudier dans quelle mesure le diagnostic d'endométriose du sigmoïde est possible avant et pendant l'intervention.

Pourquoi ce diagnostic est-il particulièrement difficile ?

Nous y voyons trois raisons :

a) *C'est une forme rare de l'endométriose ;*

b) *Sa symptomatologie est variable et trompeuse ;*

c) *C'est une affection à laquelle on ne pense pas.*

L'endométriose est bien connue du gynécologue, mais ce n'est pas lui qui voit les endométrioses coliques. Elle est moins connue du chirurgien de chirurgie générale ou du chirurgien entérologue dont l'attention n'est pas toujours attirée par le « climat spécial » de cette affection.

Chacun de ces points mérite d'être repris en détail.

a) *Tout d'abord en ce qui concerne la fréquence de cette affection,* son extrême rareté est une notion classique. De fait, depuis 1947 ces deux cas sont les seuls que nous ayons relevés parmi les très nombreuses malades opérées dans le service de Chirurgie Sud pour des viroles sigmoïdiennes. Cette notion est vraie lorsque l'on rapporte les deux cas à l'ensemble de nos malades, mais la plupart d'entre elles étaient ménopausées depuis longtemps.

Il nous semble que cette rareté réelle est majorée par le fait que l'on rapporte les endométrioses coliques à l'ensemble des cancers coliques sans tenir compte du sexe ni de l'âge. Sur l'ensemble des viroles sigmoïdiennes observées chez les femmes non ménopausées dont l'âge moyen est de 40 ans, l'endométriose est relativement moins rare.

Pas aussi fréquente que le cancer, même à cet âge, la disproportion n'est pas telle que l'on ait le droit d'oublier cette possibilité. D'autres auteurs l'ont dit avant

nous, mais il nous paraît fort utile de le répéter, et de souligner la nécessité d'évoquer ce diagnostic chez les femmes jeunes, et de ne le rejeter qu'à bon escient.

b) *Si ce diagnostic est envisagé, il reste néanmoins très difficile de l'affirmer ou de l'infirmer,* ceci pour de nombreuses raisons, comme le montre l'étude de nos deux observations. Nous en relevons deux principales :

1. La variabilité des signes digestifs.

Notre première malade se plaignait surtout de troubles gynécologiques et, accessoirement seulement, d'une constipation gênante, mais ancienne. Notre seconde malade avait une symptomatologie bruyante (mœlena, crises subocclusives). Or, la lésion qui fut une découverte opératoire chez la première était plus étendue que la lésion connue et recherchée chez la seconde.

2. L'inconstance ou la discrétion des signes d'endométriose génitale ou pelvienne.

Ils étaient totalement absents chez notre seconde opérée. Quand nous lui avons appris que nous avions dû lui enlever les ovaires, cette femme au passé pathologique chargé, s'est écriée : « Vous m'avez enlevé la seule chose qui, chez moi, marchait bien ! »

Or on s'attend à trouver, en principe du moins, l'un des signes habituellement décrits :

— *La dysménorrhée* en est le signe le plus classique. Elle manque chez nos deux malades.

— *La stérilité* est reconnue comme fréquente ; nos deux malades ont des enfants.

— *Les antécédents opératoires* sur l'appareil génital sont fréquemment rapportés. Nos deux malades en sont dépourvues.

— *Les signes quels qu'ils soient sont majorés au moment des règles* et leur caractère cyclique peut attirer l'attention. Seule notre première malade signalait une recrudescence de la constipation au moment des règles. Hémorragie digestive et douleurs ne se sont jamais manifestées pendant les règles, chez notre seconde malade.

Faut-il en conclure que le diagnostic clinique est véritablement infaisable ?

Nous ne le pensons pas. Nous pensons que si, cliniquement, il nous paraît difficile et surtout *imprudent* de porter un diagnostic de certitude d'endométriose coli-

que, un diagnostic de possibilité ou même de probabilité peut être fait. En effet, reprenons nos deux observations.

En revoyant plus attentivement notre première observation, nous relevons les éléments suivants :

La constipation est évidemment un symptôme banal, mais elle présentait deux particularités :

— son apparition tardive, après 30 ans ;
— sa recrudescence prémenstruelle et menstruelle.

La malade qui s'en plaignait beaucoup, avait insisté sur son aggravation progressive, sur l'influence des règles. Ces caractères (qui sont ceux de la dysménorrhée de l'endométriose) n'ont pas été retrouvés à posteriori, ou si l'on veut « extorqués » à la malade par un interrogatoire dirigé, mais furent notés à la prise de l'observation par un jeune externe qui ignorait tout de l'endométriose mais avait soigneusement décrit les symptômes signalés avec insistance par la malade. Nous interprétâmes alors cette constipation comme due à une compression par un utérus fibromateux rétroversé et fixé, et la recrudescence menstruelle comme d'origine congestive. Elle nous parut en tout cas si banale que nous ne demandâmes même pas de lavement baryté.

La malade avait un *fibrome*, ce qui expliquait les ménorragies, mais il n'expliquait pas tout le cortège de symptômes qui auraient dû nous orienter vers l'endométriose : douleurs pelviennes, dyspareunie intermittente, que nous avons mis sur le compte d'une rétroversion fixée. Mais cette rétroversion, cette « paramétrite » ne s'expliquait pas chez cette femme sans passé infectieux et dont la perméabilité tubaire avait été mise en évidence par une hystérosalpingographie lipiodolée.

Actuellement, l'association de signes pelviens et d'une constipation à recrudescence menstruelle nous ferait incontestablement penser à une endométriose avec localisation digestive possible.

Au cours de l'intervention, un certain nombre de constatations auraient dû attirer notre attention si le diagnostic avait été soupçonné.

Les « adhérences » cloisonnant le Douglas, décrites par l'opérateur, furent considérées comme des séquelles d'annexite. En réalité, elles s'expliquaient difficilement puisqu'il n'y avait aucun passé infectieux et que la salpingographie avait montré l'intégrité des trompes. Tout particulièrement suspecte d'endométriose est l'adhérence de l'isthme et du col à la jonction recto-sigmoïdienne ;

adhérence si serrée qu'elle dut être respectée au cours de la première intervention par crainte d'ouverture du rectum.

Les caractères de la lésion sigmoïdienne offrent certaines particularités. Elle est en effet appelée « virole » dans le compte rendu opératoire. En fait, il est écrit plus loin : « la paroi est rétractée et indurée *sur les deux tiers de sa circonférence*. La tumeur, nettement localisée, paraît de la grosseur d'une châtaigne. » L'opérateur n'a pas douté du caractère néoplasique en raison surtout de l'induration, mais sa description montre l'aspect inhabituel de la lésion qui, relativement étendue, respecte cependant un tiers de la circonférence intestinale. Plus remarquable encore est la régression spontanée de la lésion notée à la seconde intervention. Ce point n'est pas très explicite dans le compte rendu opératoire, mais le second opérateur (Professeur Grimoud) fit en cours d'intervention, oralement, la réflexion suivante : « C'est un bien petit néo ! Si je n'avais pas confiance dans les constatations antérieures, j'hésiterais à porter le diagnostic. »

Quant à notre seconde observation, il est certain que le diagnostic d'endométriose colique était plus difficile encore à évoquer en raison de l'absence complète de signes pelviens.

Quelques anomalies cliniques pourtant retiendraient aujourd'hui notre attention. Au « contre-interrogatoire », après l'intervention, nous avons relevé une erreur d'interprétation concernant ce que nous avons pris pour des crises subocclusives. La malade souffrait et vomissait au moment des crises, mais il n'y avait en réalité aucun trouble du transit, ni au moment des crises ni entre les crises. L'élément dominant était une douleur intense, insupportable, entraînant des vomissements réflexes et un état lipothymique, le tout cessant brusquement au moment de l'émission de sang noir. Soulignons aussi ce caractère anormal pour une hémorragie basse : *il n'y a jamais eu de sang rouge*. La malade est affirmative sur ce point. Enfin, le soulagement complet éprouvé tout de suite après l'hémorragie (et cela à chaque crise) n'a pas attiré suffisamment notre attention. C'est là tout de même un caractère inhabituel. Un autre point aussi : l'hémorragie n'est pas contemporaine des règles, elle n'est même pas mensuelle ; néanmoins, il existe bien une certaine *rythmicité* (9 août, 9 novembre, 9 janvier) soit vers le quinzième jours du cycle, chez une femme très régulièrement réglée tous les trente jours. Elles se sont donc toujours produites

aux environs de l'ovulation. Néanmoins, aucun de ces caractères qui individualisent le cas de notre malade, n'était évident. Aucun n'est d'ailleurs classique de l'endométriose.

Par contre, à l'intervention, malgré l'absence de signes évidents d'endométriose ovarienne ou pelvienne, le caractère de la lésion sigmoïdienne a étonné le chirurgien par son caractère très limité et son « enchâssement » dans la paroi sigmoïdienne.

Si nous voulions résumer en quelques lignes les points qui nous paraissent ressortir de ces deux observations, nos dirions que ce qui nous frappe c'est :

1° Qu'il ne faut pas, pour penser à une endométriose possible, attendre qu'un signe évocateur s'impose, tel que la trop classique dysménorrhée du deuxième jour ;

2° Que des signes pelviens fonctionnels et physiques moins caractéristiques peuvent et doivent par leur groupement et leur convergence faire soupçonner le diagnostic. Ce sont ceux que présentait notre seconde malade ;

3° Que les signes digestifs soigneusement étudiés diffèrent des signes digestifs du cancer sigmoïdien par leur caractère très intermittent, parfois cyclique comme chez notre première malade et contemporain des règles, apparemment plus capricieux chez notre seconde malade, mais néanmoins contemporain de l'ovulation. Enfin, le caractère très douloureux (douleur violente, avec phénomènes lipothymiques) et non occlusif des crises digestives et le soulagement rapide et complet qui suit l'hémorragie de sang noir, nous paraissent à posteriori très importants et méritent d'être recherchés par un interrogatoire méticuleux ;

4° Qu'il est donc indispensable de penser à l'endométriose chez les femmes réglées, surtout aux environs de la quarantaine, car c'est une lésion fréquente qui se camoufle sous des symptômes d'une extrême banalité ;

5° Que l'altération de l'état général, très sensible chez notre seconde malade, ne permet pas d'éliminer l'endométriose ;

6° Que si l'attention est attirée sur cette possibilité au moment de l'intervention, certaines constatations opératoires qui peuvent passer inaperçues ou être mal interprétées parce que considérées comme banales viendront s'ajouter aux signes cliniques pour rendre le diagnostic plus probable encore : « adhérences » pelviennes, kystes à contenu hématique des ovaires, caractère limité de la

lésion sigmoïdienne (qui dans nos deux cas laissait libre et souple une partie de la circonférence sigmoïdienne).

Mais il y a loin entre probabilité et certitude. Ou plutôt il y a une discontinuité. L'accumulation de signes de probabilité n'aboutit jamais à une certitude.

Or dans le problème qui nous occupe la décision thérapeutique est trop grave pour la prendre sans signe de certitude. Tant que le diagnostic de cancer est possible (et il le demeure tant que la preuve objective qu'il s'agit d'une lésion bénigne n'a pas été faite) il n'est pas admissible de prendre une décision qui fasse courir un risque grave à la malade. *Et dans le doute, il nous paraît nécessaire d'agir comme en présence d'un cancer prouvé.*

Ceci revient à dire que l'on ne peut traiter comme il convient une endométriose colique que si l'on a la preuve histologique qu'il s'agit bien de ce type de lésion. Et c'est là l'une des plus grandes difficultés que nous ayons à résoudre.

Peut-on recourir au prélèvement biopsique préopératoire ? Dans la première de nos observations, la certitude de malignité acquise au cours de l'intervention a fait qu'une rectoscopie a été jugée inutile. Dans la seconde observation, la lésion fut jugée trop haute et inaccessible à la biopsie. Si la biopsie avait pu être faite, elle n'aurait eu d'intérêt que si l'endométriose avait été visible sur le fragment prélevé. L'absence de cancer visible n'est jamais suffisante pour éliminer le diagnostic.

Or la lésion d'endométriose ne siège pas dans la muqueuse mais dans la musculeuse, et si une biopsie relativement profonde est possible dans la portion sous-péritonéale du rectum elle est interdite au niveau du sigmoïde car elle comporte des risques péritonéaux évidents. La biopsie recto-sigmoïdienne obéit aux règles de la chirurgie des polypes par les voies naturelles.

C'est donc, à notre avis, à la biopsie peropératoire qu'il faudra recourir. Cette attitude, qui fut déjà proposée par des auteurs américains, nous paraît possible et la seule capable de permettre un traitement rationnel ne comportant pas de risques pour la malade. A condition d'opérer avec le plus grand soin, en évitant de souiller le champ opératoire, il n'est pas dangereux de prélever un fragment de la tumeur au risque de pénétrer dans la lumière intestinale, surtout si cet intestin a été correctement préparé et désinfecté.

Une fois le diagnostic confirmé par l'histologiste la décision thérapeutique sera prise en pleine certitude.

Une objection très valable peut être faite : la biopsie ne peut être réalisée sans léser le sigmoïde. Il faudra par la suite suturer ou même réséquer le segment intéressé, ce qui n'est pas absolument dépourvu de risque. Or, l'endométriose colique, lorsqu'elle n'est pas étendue ou sténosante, guérit après castration simple ainsi que le montre une observation rapportée par M. Carcassonne. Mais il s'agissait d'un cas bien particulier. Cet auteur, en effet, opérait une de ses malades pour une endométriose pelvienne certaine. Au cours de l'intervention il découvrit à côté des lésions attendues une localisation recto-sigmoïdienne latente qu'il jugea de même nature que les lésions pelviennes. Il traita les lésions pelviennes comme il était prévu, par hystérectomie et castration, et vérifia par la suite la guérison clinique et radiologique des lésions digestives.

C'est là un cas relativement rare. Notre première observation s'apparente peut-être à celle de Carcassonne : il y a entre elles cependant une différence essentielle. Nous n'avons pas soupçonné cliniquement une endométriose pelvienne et bien mieux, sur la pièce d'hystérectomie avec annexectomie l'histologiste ne nous a pas signalé de lésions d'endométriose.

Il ne nous était donc pas possible d'éviter la réintervention. Par contre, au cours de cette réintervention, une biopsie extemporanée aurait peut-être évité une intervention très longue et particulièrement difficile dans un petit bassin bloqué par les adhérences, le diagnostic de cancer impliquant une colectomie très étendue.

Ceci nous amène à la seconde partie de cette étude :

LE TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE COLIQUE

Théoriquement la solution est simple si l'endométriose est diagnostiquée.

Lorsque la lésion n'est pas sténosante, on pourrait faire un essai de traitement médical par les hormones mâles à des doses suffisantes et en cas d'échec recourir à la castration radiothérapique ou chirurgicale. L'exérèse de la lésion colique ne s'imposerait par la suite que si la régression espérée ne se produisait pas ou venait à être imparfaite.

En cas de lésion sténosante un double traitement est nécessaire : 1) Ablation de la lésion colique par colectomie idéale en un temps après préparation intestinale suffisante ; 2) Ovariectomie bilatérale systématique avec hystérectomie complémentaire en présence de lésions associées.

En cas de complication aiguë, c'est-à-dire d'occlusion complète résistant au traitement médical et hormonal associé, une colostomie temporaire s'impose. Dans un second temps : exérèse de la lésion, rétablissement de la continuité et ovariectomie comme précédemment.

En réalité, les choses sont moins simples en ce sens que l'on ne peut avoir un diagnostic de certitude que par le microscope, *ce qui implique, à notre avis, l'intervention.* Sauf dans des cas aussi particuliers que celui rapporté par Carcassonne et que nous avons discuté plus haut, nous ne croyons pas que l'on ait le droit de porter le diagnostic d'endométriose et de s'abstenir car, cliniquement et radiologiquement, il restera toujours quelques chances pour qu'il s'agisse d'un cancer, lésion tellement plus fréquente, même chez la femme jeune.

Une image de sténose, constante sur plusieurs radiographies, doit entraîner une intervention exploratrice qui seule permettra de faire un bilan exact des lésions digestives et pelviennes. La possibilité d'une biopsie extemporanée doit être prévue et réalisée par prélèvement partiel ou total de la lésion colique avec les précautions habituelles bien connues en chirurgie digestive. Ce prélèvement, nous le savons, aura pour conséquence une colectomie, mais si l'endométriose est confirmée par l'histologiste, celle-ci sera peu étendue, suivie d'un rétablissement termino-terminal. Cette colectomie, faite après une préparation correcte, ne comporte pratiquement pas de risques, pas de séquelles et elle a l'avantage de supprimer une lésion qui peut rétrocéder après castration, mais parfois incomplètement surtout si elle est étendue et si à l'endométriose s'ajoute, comme c'est classique, un remaniement de la paroi colique par du tissu fibreux cicatriciel.

A la colectomie, on associera après 40 ans la castration avec hystérectomie en cas de lésions utérines associées.

Avant 40 ans, éventualité qu'il n'est pas impossible de rencontrer, l'ablation de la lésion colique aura l'avan-

tage d'autoriser, si on le désire et si l'état des ovaires et de l'utérus le permet, un traitement conservateur soit en respectant les ovaires soit en les réséquant partiellement. Il est toujours possible de pratiquer ensuite une hormonothérapie de blocage ; au pire, une castration radiothérapique.

Conclusions

1. — *L'endométriose colique est une lésion rare mais dont il importe de faire le diagnostic pour réaliser une thérapeutique correcte.*

2. — *L'erreur de diagnostic que l'on commet couramment en la confondant avec une virole cancéreuse a pour conséquence des interventions étendues qui font courir des risques inutiles et qui peuvent être mutilantes. Paradoxalement, ces interventions peuvent être insuffisantes puisqu'elles respectent les ovaires.*

3. — *Le diagnostic peut être soupçonné cliniquement à condition d'y penser et de rechercher d'une part les signes d'endométriose pelvienne associée, d'autre part, la rythmicité des phénomènes digestifs. A cet égard, et en nous basant sur plusieurs cas d'endométriose pelvienne, la* période de l'ovulation *nous paraît avoir presque autant d'importance que la période des règles.*

4. — *Sauf cas très particuliers, la possibilité ou même la probabilité de l'endométriose n'autorisent pas à entreprendre un traitement médical ou radiothérapique d'épreuve. On ne pourrait en apprécier le résultat qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois, ce qui ferait perdre un temps précieux s'il s'agit en réalité d'une lésion cancéreuse, toujours possible tant que l'on n'a pas la preuve formelle du contraire.*

5. — *La biopsie étant dangereuse par les voies naturelles, au niveau du sigmoïde, on est donc amené à faire une laparotomie exploratrice au cours de laquelle doit être pratiquée une biopsie extemporanée qui donnera le seul signe possible de certitude.*

6. — *Lorsque le diagnostic est assuré, le traitement consistera en une colectomie idéale, économique qui, correctement pratiquée, ne comporte ni danger ni séquelles.*

7. — *L'intervention sera habituellement complétée par l'ablation des ovaires, ce qui évitera les récidives et fera disparaître les autres foyers possibles d'endométriose. Une hystérectomie peut être associée à la castration surtout s'il existe des lésions utérines et pelviennes. Elle a pour intérêt indirect celui de permettre par la suite un traitement hormonal substitutif, s'il s'avère nécessaire sans risque de réveiller des foyers latents d'endométriose et de provoquer des hémorragies.*

8. — *Chez la femme jeune, l'ablation de la lésion colique a l'avantage de permettre un traitement ovarien conservateur s'il est jugé souhaitable.*

9. — *La colostomie, proposée par certains auteurs en association avec la castration, nous paraît pouvoir être réservée aux complications occlusives aiguës ne cédant pas spontanément au traitement médical. En suivant le schéma thérapeutique proposé ci-dessus, le désagrément d'une colostomie même temporaire peut être évité ainsi que les inconvénients d'une intervention itérative.*

Bibliographie

Cette partie est consacrée à ce qui se rapporte à la localisation sigmoïdienne de l'endométriose.

Pour une bibliographie de l'endométriose en général nous renvoyons à celle du rapport au 48^{me} Congrès français de Chirurgie.

ABEL : *L'endométriose en chirurgie générale abdominale.* — Archives of Surg., Chicago, vol. 57, n° 2, août 1948.

ARTHUR R. : *Endométriose du côlon.* — Proc. Roy. Soc. Med., juillet 1946, 39, n° 9, p. 575-576.

ASCHEIM, BROCQ et VARANGOT : *A propos de la pathogénie de l'endométriose.* — Mém. Ac. Chir., t. 65, juillet 1939, p. 992.

BACON H. E. : *Endometrioma anus, rectum and colon sigmoïd.* — Philadelphia, 1949, Lippincott Company, vol. 2, p. 569-575.

BAILLO P. : *A propos d'un cas d'endométriome du côlon sigmoïde.* — *Thèse,* Toulouse, mars 1949, n° 16, 48 pages.

BARTLETT : *Endométriose de l'anse sigmoïde.* — Ann. J. Surg., t. 29, 1935, p. 122.

BENZ E. J., DOCKERTY M. B. et DIXON C. F : *Endométriome polypoïde du côlon ; compte rendu d'un cas représentant des caractéristiques anatomo-pathologiques inhabituelles.* — Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 7 mai 1952, 27, n° 10, p. 201-208, 2 fig. (Bibliogr.).

BERARD et CROIZAT : *Endométriose de l'S iliaque chez une malade atteinte d'un double kyste sérohématique de l'ovaire.* — Lyon Chir., t. 25, 1930, p. 636.

BERGERET et RACHET : *Endométriose du côlon sigmoïde.* — Mém. Ac. Chir., t. 65, 28 juin 1939.

BERLIN P. et FINESTONE E. : *Un cas d'endométriose du sigmoïde.* — New York State J. Med., 1er septembre 1949, 49, n° 17, p. 2081-2082, 3 fig. (Bibliogr.).

BIEBL : *A propos de l'adénomyome de l'instestin.* — Wirchowa Arch., mars 1937, vol. 364, p. 71-85.

BLUM E. et HURTER E. : *Endométriome recto-sigmoïdien à type* néoplasique. — Lyon Chir., janvier-février 1949, 44, n° 1, p. 63-66, 2 fig.

BODEWIG H. O. : *Iléus dans un cas d'endométriose du côlon sigmoïde.* — Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1958, 288, n° 5, p. 417-422 (Bibliogr.).

BOURDY B. : *L'endométriose isolée du côlon sigmoïde (Signes, diagnostic et traitement).* — *Thèse,* Paris, mars 1953, n° 305, 52 pages.

BRAINE : *Cancer de l'ampoule rectale coïncidant avec un endométriome recto-sigmoïdien sténosant.* — Arch. Mal. Dig., t. 22, 1932, n° 6, p. 673.

BROCQ P. et BOREAU J. : *Endométriose ganglionnaire inguino-crurale associée à une endométriose recto-sigmoïdienne.* — Gyn., Obst., 1949, 48, n° 1, p. 5-10.

BROCQ et VARANGOT : *Les endométriomes.* — 48me Congrès français de Chirurgie.

CADENAT : *Endométriome du côlon sigmoïde.* — Mém. Ac. Chir., 5 juillet 1939, t. 65, p. 970.

CATTEL : *Endométriose du rectum et du côlon avec destruction intestinale.* — New England, J. Méd., t. 217, 1937, p. 9-16.

COLIN-BOURGAULT D. F. J. : *A propos de deux cas d'endométriose intestinale.* — *Thèse,* Paris, 1958, n° 214, 65 pages.

CARCASSONNE et MATHIEU : *Endométriome du côlon sigmoïde.* — Marseille Chir., 1953, 5, n° 2, p. 159-162.

COTTE J., MATHIEU J. et GUILLEMIN : *259 cas d'endométriose.* — Rev. franç. Gyn. Obst., janvier 1946, n° 1, p. 16-23.

COTTE : *Endométriose de l'utérus, du ligament utéro-sacré et du sigmoïde.* — Lyon Chirurgical, t. 37, 1941, p. 90-92.

CULVER G. J., PEREIRA R. M. et SEIBEL R. : *Caractéristiques radiographiques de l'endométriose recto-sigmoïdienne.* — Am. J. Obst. Gyn., décembre 1958, 76, n° 6, p. 1176-1184, 8 fig. (Bibliogr.).

DA SILVA C. : *Endométriose sténosante du sigmoïde.* — O Medico, 12 mai 1960, 11, n° 454, p. 282-287, 6 fig. (Bibliogr.). (Résumé français.)

DECOULX et BEDRINE : *Endométriome de l'anse sigmoïde.* — C.R. de la Soc. Fr. Gyn., 1937, n° 7, p. 271.

DELANNOY · *Les endométriomes. Diagnostic opératoire et traitement.* — 48me Congrès de Chirurgie, 1939-1945.

DELANNOY E., LAGACHE G. et DELANNOY J. C. : *Double localisation d'endométriose recto-sigmoïdienne associée à une endométriose ovarienne.* — Lille Chir., mars-avril 1948, 3, n° 14, p. 80-82, 1 fig.

DELANNOY E. et PATOIR G. : *A propos de l'endométriose du colon sigmoïde.* — Mém. Acad. Chir., 27 juin, 4 et 11 juillet 1956, 82, nos 22-23-24, p. 667-668.

DELMAS J., FARIZON F., PHILIPPON J. et BARATGIN B. :

Endométriose du sigmoïde. — J. Radiol, Electrol., déc. 1958, 39, n° 12, p. 896-897.

DEROM E. et de VOS L. : *Dégénérescence maligne d'une endométriose sigmoïdienne.* — Acta gastro-entérol. belg., août-septembre 1956, 19, n^{os} 8-9, p. 608-611.

DEVARS M. et ISIDOR P. : *Le « choriocytome », tumeur maligne dépendante du tissu endométrial hétérotopique. A propos de déterminations sigmoïdienne et épiploïque, secondaires à une endométriose du Douglas.* — Gynéc. Obst., novembre-décembre 1959, 11, n° 5, p. 455-461, 4 fig.

A. DOUAY (Dieppe) : *Fibrome utérin et endométriome du côlon pelvien.* — Question gyn. d'actualité, t. 3, 1943, fasc. 2, p. 46.

E. DOUAY : *Trois observations d'endométriose avec localisation sur sigmoïde.* — Mém. Ac. Chirurgie, t. 67, p. 266. 23 août 1941.

DUKES : *Endometrioma of pelvis colon.* — Proc. Roy. Med., p. 693-694, août 1938.

FIELD MEYER et SUTER ERNST : *Contribution à l'endométriose du grêle et du gros.* — Schweitzeriche Wschr., 21 avril 1946, 75, n° 16, p. 338-342.

FINSTERER : *Endométriose du côlon pelvien.* — Wiener Medizin-Wochen, An. 92, n° 43, 24 oct. 1942.

FLEMING W. B. : *Le traitement de l'endométriose du gros intestin.* Australian New Zealand J. Surg., novembre 1956, 26, 144, in Internat. Surg. Dig., mars 1957, 63, n° 3, p. 167-168.

FUNCK-BRENTANO P. : *L'endométriose du côlon sigmo de.* — Mém. Acad. Chirg., 30 mai 1956, 82, n^{os} 18 et 19, p. 553-563 (Bibliogr.).

FUNCK-BRENTANO P. : *Réflexions à propos de l'endométriome du côlon sigmoïde.* — Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., octobre-décembre 1956, 8, n° 5, p. 598-606 (Bibliogr.).

FUNCK-BRENTANO P. : *L'endométriose du côlon sigmoïde.* — Gynæcologia, 1957 (suppl. 144), n^{os} 1-5, 1 fig. (Bibliogr.). (Texte français.)

FUNCK-BRENTANO P. : *Les difficultés diagnostiques de l'endométriome sigmoïdien.* — Gaz. Hôp., 28 février 1957, n° 6, p. 213-218 (Bibliogr.).

FUNCK-BRENTANO : *Un signe clinique de l'endométriose. L'infiltration du paramètre.* — Gyn. et Obs., 1954, t. 53, n° 5, p. 535.

GORSE J. M., BARDIN P. et GIBERT T. : *Endométriose du côlon sigmoïde. Résection en un temps.* — Arch. Mal. App. dig., novembre-décembre 1947, 36, n^{os} 11-12 p. 604-606, 1 fig.

GOURGUE A. : *Contribution à l'étude de l'endométriose intestinale.* — *Thèse,* Alger, 1955, n° 32.

GOVERNALE S. L. et FIORETTI C. A. : *L'endométriose du côlon et son traitement.* — Revue Gastro-entérol., juillet 1953, 20, n° 7, p. 510-517, 6 fig. (Bibliogr.).

GRAY : *Le traitement par le Stilbœstrol de l'endométriose.* — Ann. Jour. Obstét. Gyn., vol. 66, n° 2, août 1953.

GRIMOUD, LAPEYRERE, GRE ZES-RUEFF : *Endométriose intestinale isolée simulant un cancer sigmoïdien.* — Société de

Chirurgie de Toulouse. Séance du 31 octobre 1956.
GRIMOUD, GREZES-RUEFF, BRUGUIER : *Les pièges de l'endométriose : à propos de deux cas récents.* — Société de Chirurgie de Toulouse. Séance du 22 février 1961.
GUFF, DOCKERTY, WAUGH et RANDAL : *L'endométriose, cause d'occlusion intestinale.* — Surg. Gyn. Obst., mars 1948, 96, p. 273-278.
GUNYS : *Endométriose du côlon sigmoïde.* — Mém Ac. Chir., 1945. Archives n° 405.
GUIAS H., MINET J. et DUPERRAT B. : *Endométriose de la jonction recto-sigmoïdienne ayant simulé un néoplasme.* — Paris Méd., 5 octobre 1946, p. 431-433, 1 fig.
HANCOCK D. M. et MARTIN F. R. R. : *Endométriose intestinale.* — Brit. J. Surg., mai 1955, 42, n° 176, p. 608-611 (Bibliogr.).
HAWTHORNE : *Endométriose et cancer du recto-sigmoïde concomitantes.* — Am. J. Obst. Gyn., août 1951, 62, n° 2.
HAWTHORNE H. R., KIMBROUGH R. A. et DAVIS H. C. : *Endométriose coexistant avec un cancer du recto-sigmoïde.* — Am. J. Obst. Gyn., septembre 1951, 62, n° 3, p. 681-684, 2 fig. (Bibliogr.).
HOWKINS J. : *Endométriose.* — Practitioner, septembre 1960, 185, n° 1107, p. 265-270 (Bibliogr.).
HURXTHAL et SMITH : *Traitement de l'endométriose par les œstrogènes.* — New England Med. Jour., 4 sept. 1952, p. 247.
IRONS W. E., JUDD E. S. junior et DOCKERTY M. B. : Proc. Mayo Clin., 1947, 22, p. 530.
JAYLE : *Le solénome de l'intestin, rectum excepté.* — Rev. Fr. Gyn., Obst. et Péd., août 1927, p. 365.
JENKINSON et BROWN : *Endométrioses.* — A study of 117 cases with special reference to constructing lesions of rectum and sigmoïd colon. J.A.M.A., 122, 1943, p. 349-354.
JOHNSON C. G., COPOLA A. F. et MOLL C. F. : *Complications of endometriosis of sigmoïd colon.* — South M.J., 1957, 50, p. 893-897.
JOSEFSSON H. : *Contribution to diagnosis of strangulating endometriosis in sigmoïd colon with reference to case observed.* — Acta Obst. Gyn. Scand., 1939, 19, p. 256-273.
KARNAKY : *Traitement de l'endométriose par les œstrogènes.* — Southery. Méd. Jour., décembre 1948, vol. 41.
KELLY F. et SCHLADEMAN K. : *Endométriose. Signification chirurgicale ; une analyse critique de 179 cas.* — Surg. Gyn. Obst., février 1949, 88, n° 2, p. 230-236, 3 fig. (Bibliogr.).
KLOSSNER A. R. : *Sur l'endométriose se présentant dans l'anse sigmoïde.* — Acta Chir. Scand., mars 1946, p. 254-269, 12 fig. (Bibliogr.).
KONJETZNY : *A propos de l'endométriose du gros intestin.* — Der. Chirurg. An., 7, n° 9, 1er mai 1935, p. 279-287.
KRATZER et SALVATI : *Revue d'ensemble de l'endométriose du côlon.* — Am. J. Surg., 1955, 90, p. 866.
KRATZER G. L., SALVATI E. P. et HAMANDI W. J. : *L'endométriose du côlon.* — Am. J. Surg., septembre 1960, 100, n° 3, p. 381-383.

LAMARE, LARGET et ISIDOR : *L'endométriose de l'intestin.* — Annales d'Ana. Path., t. 15, n° 6, juin 1938.

LANCIEN : *Réflexions sur le traitement de l'endométriose.* — *Thèse,* Paris 1952.

LINDE R. W. : *Operative gynecology.* — Lippincott Company, édit., Philadelphia, London, Montréal, 1946, p. 420.

LUTZOU et HOLM : *Endométriose sténosante du côlon sigmoïde.* — Nordisk Mec., vol. 13, n° 35, 24 août 1942.

Mc GUFF : *L'endométriose en tant que cause d'occlusion intestinale.* — Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 28 avril 1948, 23, n° 9, p. 215-224 (Bibliogr.).

MACLEAN N. J. : *Endometriosis of large bowel.* — Canad. M.A.J., 1936, 34, p. 253-258.

MADDING F. G. et SPENCER F. M. : *Endométriome du sigmoïde avec menstruation vicariante et occlusion intestinale intermittente.* — Am. J. Surg., janvier 1954, 87, n° 1, p. 133-136 (Bibliogr.).

MALARET : *Endométriose du sigmoïde. Un cas traité chirurgicalement.* — Bol. Soc. venezelana Cerugia, juillet 1955, 19, n° 41.

MARSHAK R. H. et FRIEDMAN A. I. : *Endométriose du gros intestin traitée par la testostérone.* — Gastroenterology, avril 1950, 14, n° 4, p. 576-579 (Bibliogr.).

MATRY : *Un cas d'endométriose du côlon sigmoïde.* — Mém. Ac. de Chir., t. 56, p. 712, 28 mai 1930.

MAYO et MILLER : *Endométriose du sigmoïde et du rectum.* — Sur., Gyn. et Obst., t. 70, n° 2, p. 136, 1er février 1940.

MEIGS V. : *L'endométriose.* — Ann. Surg., mai 1948, 127, n° 5, p. 795-809 (Bibliogr.).

MILLER : *L'endométriose dans les cas d'urgence abdominaux.* — South African Med. Jour., vol. 27, n° 20, 16 mai 1953.

MONAT : *Deux cas de sténose intestinale par tumeur développée aux dépens de greffes de tissu utérin.* — But. Jour. Surg., 1926, p. 75.

MOULONGUET : *Essai de traitement hormonal des endométrioses.* — Gyn. et Obst., t. 41, p. 187-194.

MOUTON J. M. : *A propos d'un cas d'endométriose recto-sigmoïdienne.* — *Thèse,* Lille, 1954, n° 70.

MUNTONI : *Endométriose de l'anse sigmoïde.* — Archivio Italiano di Chirurgia, 1947, 69, n° 1, p. 47-71.

MURPY : *Les endométrioses simulant un cancer du côlon.* — Ann. Jour. Gyn. et Obst., février 1938.

ŒHLECKER : *A propos de l'endométriose du sigmoïde et du rectum.* — Zentral Blatt für Chir., 14 mai 1939, p. 1212-1218.

OKINCZYC : *Trois cas de tumeur bénigne du côlon pelvien.* — Mém. Ac. Chirurgie, t. 62, p. 271, 26 février 1936.

PAPIN : *Endométriome sténosant de l'anse sigmoïde.* — Mém. Ac. Chir., t. 65, p. 418, 22 mars 1939.

PELNER L. : *Traitement conservateur de l'endométriose du côlon par la testostérone ; relation d'un cas.* — Gastroenterology, mai 1959, 36, n° 5, p. 709-713 (Bibliogr.).

PICOT : *Occlusion intestinale par endométriome du côlon pelvien.* — Mém. Acad. Chir., 30 novembre-7 décembre 1949, 75, n°s 32-33, p. 814-818.

RUSZKOWSKI J. : *Un cas d'endométriose du sigmoïde.* — Polski Tygod. Lek., 3 nov. 1958, 13, n° 44, p. 1732-1734 (Bibliogr.).

RYLEY : *Endométriose de l'intestin.* — Canad. Méd. Ass. J., 1er juillet 1956, 75, n° 1.

SANTY P., MAILLET P. et DUROUX P. E. : *Endométriose de la jonction recto-sigmoïdienne. Occlusion. Dérivation externe. Castration radiothérapique. Ablation et anastomose colo-rectale par suture sur drain. . .* Lyon Chir., novembre-décembre 1945, 40, n° 6, p. 758-761, 3 fig.

SARLIN E., FARIZON et DOUBLIER : *Endométriomes du sigmoïde et endométrioses.* — Mém. Acad. Chir., juin-juillet 1959, 85, n°s 21-22-23, p. 586-592.

SCHARPLATS A. : *Clinique et pathogénie de l'endométriose intestinale.* — Gynæcologia, février 1953, 135, n° 2, p. 107-110, 2 fig.

SCHEFFIELD et BACON : *Endometriosis of rectum and sigmoïd.* — Annales of Surgery, t. 107, 1938, p. 1022-1028.

SEILLE : *Endométriose du côlon sigmoïde.* — Mém. Ac. Chirurg., t. 67, p. 245, 26 mars 1941.

SPJUT H. J. et PERKINS D. E. : *L'endométriose du côlon s'igmoïde et du rectum. Etude radiologique et pathologique.* — Am. J. Rœntgenol., décembre 1959, 82, n° 6, p. 1070-1075, 12 fig. (Bibliogr.).

STEADMAN : *Endométrioma sigmoïd producing obstruction.* — J. Int. Coll. Surg., septembre 1950, 14, n° 3, p. 317-324.

SUTLER M. R. : *Endométriose du tractus intestinal.* — Surgery, octobre 1947, 22, n° 4, p. 801.

TAGART R. E. B. : *L'endométriose du gros intestin.* — Brit. J. Surg., juillet 1959, 47, n° 201, p. 27-34, 6 fig. (Bibliogr.).

THIERSTEIN S. T. et ALLEN E. : *Analyse comparée, diagnostic et traitement de l'endométriose.* (53 cas d'endométriose intestinale.)

TRAGIT R. : *Contribution à l'étude des endométrioses recto-sigmoïdiennes.* — *Thèse,* Paris, juin 1954, n° 420, 39 pages.

TREMEAU B. : *L'endométriose du côlon sigmoïde ; à propos de deux cas.* — *Thèse,* Paris, 1959, n° 164, 61 pages.

TRIDENTI V. : *Endométriose du côlon sigmoïde.* — Minerva Chir., 30 juin 1958, 13, n° 12, p. 721-725, 6 fig. (Bibliogr.).

URLSON et TYSON : *Endometriosis of sigmoïd colon.* — Mississipi Doctor, 1954, 9, p. 297.

VIQUERIA et CASAL : *Endométriose à symptomatologie sigmoïdienne.* — Rev. Soc. Argent. Proctologia, 1953, n°s 1-2.

WACHS C. S., WEBER L. L. et CHODOFF R. J. : *Endométriose intestinale simulant un cancer.* — Am. J. Obst. Gyn., décembre 1953, 66, n° 6, p. 1345-1347, 4 fig.

WHITE R. J. : *Occlusion aiguë simultanée du côlon et de l'iléon terminal due à une endométriose.* — Surgery, juin 1954, 35, n° 6, p. 947-949 (Bibliogr.).

WIETERSEN F. K. et BALOW R. M. : *L'endométriose du côlon : aspects radiologiques.* — Radiology, décembre 1957, 69, n° 6, p. 839-847, 9 fig. (Bibliogr.).

WILSON H. et TYSON W. T. jr : *Endométriose du côlon sigmoïde.* Mississipi Doctor, 1954, 31, p. 297.

YAZLLE : *Obstruction intestinale par endométriose.* — Prensa Méd., argent., 20 juin 1951, n° 26.

Dépôt légal 23-6 61

Imp. Serra, 26, quai Gallieni, Nice